

# 3

## SALUTE E BENESSERE

Position Paper 2020

Gruppo di Lavoro sul Goal 3



# SALUTE E NON SOLO SANITÀ

**Come orientare  
gli investimenti in sanità  
in un'ottica di sviluppo  
sostenibile**





# 3

## SALUTE E BENESSERE

Position Paper 2020

Gruppo di Lavoro sul Goal 3

# SALUTE E NON SOLO SANITÀ

**Come orientare  
gli investimenti in sanità  
in un'ottica di sviluppo  
sostenibile**

Settembre 2020

**Questo documento è stato realizzato da:**

**Coordinatrici del Gruppo di lavoro ASviS sul Goal 3 “Salute e benessere”:**

Raffaella Bucciardini, Istituto Superiore di Sanità

Carla D'Angelo, Club Alpino Italiano - CAI

Luciana Sinisi, Responsabile Struttura di missione Sostenibilità Ambientale e Salute presso l'Istituto Superiore di Protezione e Ricerca Ambientale - Ispra

**Referenti Segretariato ASviS:**

Mariaflavia Cascelli, Segretariato ASviS

Carla Collicelli, Segretariato ASviS e CNR-CID Ethics

**Data di pubblicazione:** Ottobre 2020

**La pubblicazione è a cura dell'ASviS - Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile:**

Responsabile collana: Flavia Belladonna

Revisione editoriale: Eleonora Gori

Progetto grafico e impaginazione: Cristiana Focone, Knowledge for Business

Sede ASviS: Via Farini 17, 00185 Roma, [www.asvis.it](http://www.asvis.it)

# INDICE

## Salute e non solo sanità

### Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile

Abstract	5
1. L'Obiettivo 3 dello sviluppo sostenibile: Salute e benessere per tutti	6
2. L'impatto della pandemia sulla consapevolezza collettiva: alcune criticità	7
3. COVID-19: quattro macro-aree intersettoriali di impatto della pandemia	9
4. La necessaria resilienza trasformativa: 10 settori di investimento e ricostruzione	10
5. Qualche notazione di metodo	12
6. La sanità del territorio	13
7. La sanità digitale	17
8. La formazione	18
9. L'area della ricerca	19
9.1 Potenziamento delle infrastrutture a supporto della ricerca	19
9.2 Ricerca per l'ottimizzazione dei sistemi sanitari	21
10. Ambiente e prevenzione	22
10.1 La sorveglianza della circolazione di patogeni in matrici ambientali	22
10.2 L'ambiente indoor e la prevenzione dell'esposizione a patogeni negli ambienti di vita e di lavoro	24
Osservazioni conclusive	25



# SALUTE E NON SOLO SANITÀ

## Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile

### Abstract

La promozione di un modello di sviluppo sostenibile, basato su un approccio integrato rispetto alla salvaguardia delle risorse ambientali, sociali ed economiche, è alla base dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Secondo questo approccio, l'Obiettivo 3 dell'Agenda (Salute e benessere per tutti) è strettamente connesso con tutti gli altri 17 Obiettivi in quanto la salute dipende solo in parte dalla disponibilità di servizi sanitari per la prevenzione e la cura delle malattie, ma è in larga misura legata al contesto economico, sociale e politico nel quale si vive, come riconosciuto da tempo nei documenti strategici di settore, sia a livello nazionale che internazionale. La crisi generata dalla pandemia di COVID-19 ha richiamato drammaticamente l'attenzione sulla necessità di reimpostare rapidamente le strategie relative al perseguimento degli obiettivi di salute e benessere secondo il nuovo modello di sostenibilità, e dunque a partire da azioni e politiche intersettoriali che tengano in debito conto tutti i "determinanti della salute". In tale prospettiva, un programma di investimenti che miri a rafforzare il sistema socio-sanitario e a promuovere la salute e il benessere di tutti deve basarsi sul concetto di "resilienza trasformativa" e sui principi di sostenibilità, circolarità, olistico, *One Health* e lotta alle disuguaglianze sociali. Il presente documento individua 10 aree nelle quali realizzare progetti e investimenti finalizzati alla ricostruzione innovativa del nostro sistema della salute. Per tre di esse vengono espone proposte concrete di progettualità verso le quali indirizzare gli investimenti.

## 1. L'Obiettivo 3 dello sviluppo sostenibile: Salute e benessere per tutti

Le analisi svolte dall'ASviS in merito al Goal 3 (Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età) hanno sottolineato il buon posizionamento dell'Italia rispetto alla gran parte dei Target che si riferiscono a tale Obiettivo: elevata speranza di vita; controllo della maggior parte delle patologie, specie quelle acute; universalismo del suo sistema di offerta sanitaria. Al tempo stesso, sono state più volte segnalate alcune criticità tipiche dei Paesi avanzati, relative a: la sostenibilità economica di un sistema di offerta sempre più costoso di fronte ad una domanda crescente e sempre più esigente; l'aumento della componente anziana della popolazione, delle patologie croniche e delle disabilità; le lacune e le disfunzioni nella gestione del sistema sanitario per quanto riguarda l'equità di accesso e la qualità delle cure; gli scarsi miglioramenti in termini di stili di vita registrati negli ultimi anni; la carente integrazione tra sociale e sanitario.

Il Gruppo di lavoro dell'ASviS, che segue questi temi, ha sottolineato la necessità di una maggiore collaborazione intersettoriale e interdisciplinare. La cooperazione è infatti un elemento cardine per la sostenibilità che, secondo l'approccio Onu, consiste in una strategia di sviluppo armonico e rispettoso degli equilibri tra sfera naturale, sociale e istituzionale, delle compatibilità globali e delle esigenze delle generazioni future. A tale proposito particolarmente importanti sono le relazioni tra alcuni specifici Target del Goal 3 - in particolare il 3.4 (riduzione della mortalità prematura da malattie non trasmissibili, prevenzione, salute mentale e benessere) e il 3.9 (riduzione del numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo) - con i Target 2.2 (eliminare tutte le forme di malnutrizione), 4.1 (istruzione primaria e secondaria libera, equa e di qualità), 5.2 (eliminare ogni forma di violenza contro tutte le donne, bambine e ragazze), 5.3 (eliminare tutte le pratiche nocive e le mutilazioni dei genitali femminili), 5.6 (accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi), 6.1 (accesso all'acqua potabile), 6.2 (accesso ai

servizi igienico-sanitari e di igiene), 9.5 (potenziare la ricerca scientifica e aumentare il numero dei lavoratori dei settori ricerca e sviluppo), 10.3 (garantire a tutti pari opportunità e ridurre le disuguaglianze di risultato), e 16.1 (ridurre la violenza e i tassi di mortalità connessi) e, in generale, con gli obiettivi relativi alla prevenzione e alla gestione dei rischi ambientali d'interesse sanitario, compresi quelli indotti e/o potenziati dai cambiamenti climatici, declinati in vari Goal (2.4, 6.3, 11.5, 11.6, 11.b, 13.1, 14.1 e 15.3).

Il Gruppo di lavoro ha anche prodotto e proposto, nell'ambito del Festival per lo Sviluppo sostenibile del 2018 e nel Rapporto annuale ASviS 2018, un "Decalogo" per la promozione dell'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030 che, nell'accezione della Carta di Ottawa e della proposta di integrazione delle componenti ambientali e sociali quali pilastri fondamentali del benessere, richiama l'attenzione sulla promozione della salute in tutte le politiche, la lotta alle disuguaglianze, la necessità di far crescere la ricerca e di salvaguardare il sistema sanitario pubblico, la valorizzazione del privato sociale, l'integrazione territoriale di funzioni e servizi, la lotta alle sovrapposizioni e duplicazioni e lo sviluppo di progetti sperimentali di partnership pubblico-privato. Dal punto di vista delle responsabilità in gioco, il Decalogo ne indica diverse, tra cui quella degli organi di Governo nazionale per quanto attiene il punto 1 (salute in tutte le politiche), il punto 6 (educazione ed informazione sanitaria), ed il punto 8 (ricerca e innovazione). Nell'ambito della "Maratona per il Patto della Salute", promossa nel luglio 2019 dal Ministero della Salute, l'ASviS ha anche proposto cinque azioni specifiche da realizzare nell'ottica della sostenibilità nel campo della salute e della sanità:

1. l'istituzione di un "Audit di equità" per il monitoraggio dei livelli di equità, ai diversi livelli territoriali e istituzionali e nelle loro interrelazioni con gli altri determinanti sociali di benessere e salute (uno specifico gruppo di lavoro è stato nel frattempo costituito presso il Ministero per la redazione di un *Italian Equity Status Report*, in collaborazione con OMS-Venezia);
2. un coordinamento interministeriale e intersettoriale sul tema "Salute in tutte le politiche", con messa a fuoco dei fattori della



salute e del benessere e di quelli che, viceversa, inducono malessere e patologie negli altri ambiti di vita e relative politiche (è stata istituita nel frattempo la Cabina di regia "Benessere Italia" presso la Presidenza del Consiglio);

3. l'individuazione e valorizzazione delle buone pratiche in tema di equità e di salute in tutte le politiche;
4. il monitoraggio della produzione normativa, e in particolare delle Leggi di Bilancio, rispetto all'obiettivo della salute equa e sostenibile (attuato annualmente dall'ASviS);
5. la promozione di forme di gemellaggio tra regioni e territori per la diffusione delle buone pratiche e del *know how* positivo.

## 2. L'impatto della pandemia sulla consapevolezza collettiva: alcune criticità

Sulla base delle considerazioni di cui sopra è possibile dire che, nonostante l'emergenza della lotta al Corona-virus abbia provocato un capovolgimento delle certezze per molti degli attori del sistema sociale e sanitario italiano, la pandemia non ha colto impreparata l'ASviS, e in particolare il Gruppo di Lavoro del Goal 3, che aveva già da tempo richiamato l'attenzione su alcune questioni fino a quel momento trascurate e che si sono rivelate fondamentali nel corso della crisi.

L'impatto devastante di un'epidemia virale in un Paese sviluppato come il nostro, in altre parole, ha reso ancor più evidenti le perplessità sollevate dall'ASviS e ha posto il mondo intero di fronte alla necessità di prendere seriamente in considerazione quanto dichiarato, ad esempio, nell'ambito dell'*High-level Meeting on Universal Health Coverage* (UHC) del 23 settembre 2019, e cioè che:

- stanno insorgendo nuove minacce e si stanno diffondendo vecchie e nuove patologie;
- al fine di raggiungere una copertura sanitaria universale è necessario attuare un cambio di paradigma;
- la copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*, UHC nell'acronimo inglese) è fondamentale per il raggiungimento di tutti gli Obiettivi di sviluppo sostenibile: sconfiggere la povertà, assicurare un'educazione di qualità, la parità di genere, garantire lavoro dignitoso e crescita economica, ridurre le disuguaglianze, promuovere società pacifiche e inclusive e favorire la partnership per gli Obiettivi, nella consapevolezza che l'implementazione degli Obiettivi è cruciale per la salute e il benessere di tutti a tutte le età;
- occorre riconoscere l'impatto del cambiamento climatico e del deterioramento ambientale;
- è necessario riconoscere la necessità di una partnership globale forte per il raggiungimento degli SDGs.

Nel corso del periodo di *lockdown*, il Gruppo di lavoro sul Goal 3 ha approfondito alcuni degli aspetti di maggiore criticità emersi, e cioè:

- le sfide epidemiologiche e le relative conseguenze sugli assetti organizzativi sanitari e sociali;
- la prevenzione secondo un approccio eco-sistemico di *One Health* e di considerazione dei rischi connessi ai fattori di origine sia ambientale che antropica;
- le strategie globali di prevenzione in considerazione dei rischi globali delle pandemie.

Per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici, la pandemia pone i sistemi sanitari - già impegnati nei confronti del doppio carico di salute (*double burden of disease*) con patologie acute e croniche (come tumori, malattie cardiovascolari, respiratorie, dismetaboliche e neurodegenerative) - di fronte ad un triplo e quadruplo carico, legato alla recrudescenza delle epidemie virali e alla fragilità di soggetti con più fattori di rischio. Si pone quindi, per le istituzioni preposte, la questione dello sviluppo di strategie efficaci e sostenibili che tengano conto sia dell'aumento delle patologie croniche che delle epidemie legate alle malattie trasmissibili, rivedendo i modelli di reclutamento e gestione delle risorse umane e accelerando il processo di rafforzamento della prevenzione e della medicina del territorio, in termini di prevenzione, assistenza extra-ospedaliera e a domicilio, monitoraggio epidemiologico e cura delle fragilità.

Relativamente all'obiettivo della "Salute in tutte le politiche" si è rivelato fondamentale l'impatto sulla salute e sul benessere delle scelte operate in ambito economico, ambientale e sociale. L'approccio *One Health*, coniato nel 2004 nella conferenza indetta dalla *Wild Conservation Society (Manhattan principles)*, è stato fino ad oggi applicato principalmente alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti, alle epidemie zoonotiche e all'antibiotico-resistenza. L'approccio va preso in più attenta considerazione per quanto riguarda, in particolare, l'inquinamento delle risorse naturali e la distruzione della biodiversità, la progettazione urbana e la pianificazione territoriale, produttiva e dei trasporti, la messa a frutto delle potenzialità tecnologiche e informatiche.

Per quanto riguarda la globalità, è apparso evidente che la salute globale deve diventare un riferimento a livello mondiale, secondo i principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e

come indicato dalla Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale. Tutti gli aspetti della salute e del benessere vanno affrontati secondo un approccio globale che tenga nel dovuto conto le necessarie interconnessioni, e la salute globale deve influenzare anche gli assetti delle politiche educative e di formazione continua per l'intera popolazione, attraverso la collaborazione con le strutture scolastiche e universitarie e con il mondo della cultura e della informazione.

### 3. COVID-19: quattro macro-aree intersettoriali di impatto della pandemia

Per procedere nella direzione di una seria considerazione delle criticità indicate, il Gruppo di lavoro del Goal 3 ha indicato gli ambiti all'interno dei quali le questioni cruciali citate dovrebbero essere affrontate, su di un terreno di stretta collaborazione tra diversi settori ed obiettivi. In particolare, quattro macro-aree costituiscono gli ambiti all'interno dei quali risulta particolarmente urgente e importante intervenire in termini intersettoriali:

1. **Globalizzazione e modello di sviluppo.** Il primo aspetto attiene al modello di sviluppo a livello globale, da riequilibrare rispetto ai valori di riferimento, oggi prevalentemente centrati sul profitto e sui meccanismi degli scambi economici globali, verso parametri di valorizzazione sociale e culturale, verso la costruzione di solidi e sostenibili strumenti di governo sovranazionale, e verso obiettivi di collaborazione, benessere e lotta alle disuguaglianze.
2. **Ambiente e nuovi paradigmi di prevenzione.** È ormai acquisito quanto importanti siano le interconnessioni tra l'ambiente e la salute e quanto pesino sulla salute umana gli effetti dei cambiamenti ambientali globali, inclusi quelli climatici tipici dell'era dell'Antropocene, in particolare nei territori vulnerabili e nelle aree urbane. La pandemia ha riproposto il tema delle connessioni tra salute umana, animale e ambientale e, soprattutto, tra tutela della biodiversità e malattie infettive emergenti, richiamando l'attenzione sulla necessità di nuovi paradigmi di prevenzione integrata ambientale e sanitaria.
3. **Infodemia e cultura.** L'impatto della pandemia sulla dimensione psicologica e sociale dell'esistenza ha posto in primo piano il tema del rapporto tra responsabilità individuali e funzioni di informazione, prevenzione e attivazione delle risorse spontanee della società, da parte delle istituzioni e del mondo della comunicazione. I rischi della viralità comunicativa, della comunicazione ansiogena e della diffusione di fake news sono apparsi particolarmente evidenti.

4. **Giustizia ed equità.** La quarta macro-area che l'emergenza sanitaria in corso ha riproposto come centrale è quella della giustizia sociale e sanitaria, in termini di accesso alle cure per i più deboli e di uguaglianza di opportunità per tutti.

#### 4. La necessaria resilienza trasformativa: 10 settori di investimento e ricostruzione

A sei mesi di distanza dall'inizio della crisi epidemiologica e sanitaria che si è abbattuta sull'Italia, e avendo superato la fase più critica della emergenza ospedaliera e della mortalità da COVID-19, l'attenzione si è ora spostata sulle necessarie reazioni e sull'utilizzazione dei fondi destinati agli investimenti per la ripresa e la ricostruzione, tema questo di importanza primaria sia allo scopo della predisposizione di strumenti e strutture atti a prevenire le conseguenze della pandemia, sia per la prevenzione dei rischi di future emergenze sanitarie, sia ancora per la ripresa ed il rafforzamento del capitale umano, sociale, ambientale ed economico del paese, così duramente colpito. In questo senso, l'ASviS, si è fatta promotrice di un approccio alle politiche pubbliche e alle scelte private basate sul concetto di **“resilienza trasformativa”**, che consolidi le capacità di resistenza e tenuta delle forze sociali ed economiche in campo, ma lo faccia in un'ottica di ripensamento del modello di sviluppo in termini di sostenibilità e circolarità.

In altre parole si impone, in questa fase, una riflessione attenta sulla necessità di affrontare una vera e propria ricostruzione in senso sostenibile del nostro stato sociale e della nostra sanità, rispetto alla quale il tema degli investimenti in sanità e nel comparto socio-sanitario allargato è di importanza fondamentale. È evidente, infatti, che, senza una verifica delle scelte da compiere e senza un'individuazione degli obiettivi da perseguire, il rischio è quello di procedere in maniera disordinata e improduttiva, sprestando così l'occasione rappresentata dalle risorse disponibili per il dopo crisi.

In particolare, per quanto riguarda i fondi messi a disposizione in ambito europeo, occorre immaginare una loro utilizzazione per un solido e ampio programma di rilancio, ammodernamento ed ampliamento della rete strutturale e infrastrutturale del Paese, sia per gli aspetti connessi con l'emergenza pandemica e con le problematiche sanitarie e sociali ad essa collegate che, più in generale, per gli altri obiettivi di salute e benessere tralasciati o realizzati in maniera insufficiente fino ad oggi. Il tutto tenendo conto della

necessità di impegnare quei finanziamenti non tanto in spese di conto corrente, che necessitano di essere sostenute nel tempo, quanto prioritariamente in investimenti in conto capitale che puntino all'innalzamento della qualità dell'offerta dei servizi ed al suo ri-orientamento ed efficientamento, che a lungo andare potranno produrre anche risparmi in termini di spesa corrente. Inoltre, si deve tener conto anche della necessità di combinare tra loro diverse linee di finanziamento, evitando sovrapposizioni e sprechi ed applicando tecniche di analisi di impatto.

Due primi contributi per l'individuazione delle questioni da porre al centro delle strategie per il post-COVID sono stati forniti in ambito ASviS: il Rapporto “Politiche per fronteggiare la crisi da COVID-19 e realizzare l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile”<sup>1</sup> e il documento ASviS per il rilancio delle città e dei territori<sup>2</sup>. Accanto a queste proposte, non sono mancati altri contributi prodotti nei diversi livelli istituzionali e scientifici; in questi luoghi, infatti, si è cominciato a formulare indicazioni e a proporre scelte strategiche da porre alla base degli investimenti. Tra i più interessanti in ambito sanitario è possibile citare i seguenti:

- a. il Manifesto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, “WHO for a healthy and green COVID-19 recovery”, del 18 maggio 2020, con le indicazioni relative alla tutela della natura, agli investimenti su energia pulita, acqua e servizi essenziali, all'inquinamento, alimentazione e città;
- b. il Piano della Task Force Colao per le parti che si occupano di sanità e sociale;
- c. il “Piano in 5 mosse” di M&M e Cerm, che insiste su: ammodernamento della rete ospedaliera nazionale; adeguamento delle strutture intermedie di cura, delle strutture di prossimità e delle residenze sanitarie assistenziali, rendendole *pandemic-compliant*; creazione di una rete nazionale permanente di monitoraggio sanitario e bio-sorveglianza; potenziamento della rete di diagnostica e assistenza domiciliare e creazione di una rete per la telemedicina e la teleassistenza; rinnovo delle dotazioni tecnologiche sanitarie e creazione di una rete nazionale di laboratori per lo svolgimento di test diagnostici, con particolare riferimento ai test RT-PCR;

- d. gli 8 punti per innovare la sanità italiana di KPMG, tra cui i principali: coinvolgimento dei pazienti, tutelare i caregiver, big data, innovazione tecnologica e ruolo dell'industria, protezione dell'ambiente;
- e. la proposta dei gruppi parlamentari di Italia Viva, con indicazioni su ospedali e personale sanitario, servizi medici e assistenza territoriale, digitalizzazione, ricerca, imprese e trasporti;
- f. il documento "Il mondo che verrà" del Cnel, con le proposte in tema di competenze istituzionali e modelli di governance;
- g. il Rapporto "Pandemia e resilienza, persona, comunità e modelli di sviluppo", della Consulta scientifica del Cortile dei Gentili;
- h. i lavori di Altemps, l'Alta Scuola di Economia e Management Sanitario dell'Università Cattolica, sugli investimenti in strutture e infrastrutture sanitarie.

È opinione del Gruppo di Lavoro sul Goal 3 dell'ASviS che, per quanto riguarda l'area socio-sanitaria, un programma di investimenti che punti a riorientare, rafforzare e rendere più sostenibile ed efficiente il sistema socio-sanitario e le risorse del Paese di fronte ai rischi delle pandemie e alle altre criticità che offuscano gli assetti del welfare nel senso detto, deve necessariamente basarsi saldamente su tutti gli obiettivi dell'Agenda 2030 che hanno a che fare con Salute e benessere e, in particolare, sui principi di **sostenibilità, circolarità, olismo, One Health, lotta alle disuguaglianze.**

In questo senso il Gruppo di Lavoro del Goal 3 ritiene che gli ambiti su cui investire a breve termine, grazie ai finanziamenti straordinari che si prevede arrivino dall'Europa, siano molti e raggruppabili in 10 aree:

1. **sanità:** strutture sanitarie residenziali e di emergenza, tecnologie, dispositivi, informatica e telematica;
2. **sanità del territorio e strutture intermedie tra ospedale e territorio:** strutture, tecnologie, strumentazioni;
3. **ricerca biomedica e sanitaria pubblica;**
4. **ambiente, clima, inquinamento e prevenzione;**
5. **marginalità:** aree di degrado socio-sanitario, strutture di ricovero, mezzi a disposizione

dell'Istituto Nazionale per la Medicina della Povertà (INMP);

6. **scuola ed extra-scuola:** edifici scolastici, strumenti didattici, ludoteche e centri di attività scolastica e para-scolastica;
7. **lavoro:** sicurezza dei lavoratori e degli impianti;
8. **città:** spazi verdi, mobilità privata, trasporti pubblici, uffici pubblici;
9. **attività motoria extraurbana:** sentieri di montagna, palestre all'aria aperta, turismo lento;
10. **agricoltura e territorio:** agricoltura di prossimità, orti urbani, cooperative di agricoltura solidale.

Non potendo e non volendo entrare nei dettagli di tutti i settori di intervento, si forniscono qui di seguito alcune indicazioni di metodo e alcuni dettagli relativi ai punti 2, 3 e 4 dei 10 indicati.

## 5. Qualche notazione di metodo

Da un punto di vista metodologico, un primo aspetto da considerare è quello della buona utilizzazione del **patrimonio normativo** e culturale già presente nel Paese. Il riferimento va, ad esempio, a quanto prodotto in passato rispetto alla preparazione di fronte a possibili pandemie, in particolare, nell'ambito del Piano pandemico nazionale, denso di buone intenzioni, ma non aggiornato dal 2010 dopo la pandemia mondiale da H1N1, influenza suina, e non applicato, se non in parte.

Un secondo aspetto è relativo al **buon uso delle risorse**. È risultato evidente, infatti, che il rischio sanitario determina ricadute su tutti i settori della vita sociale e produttiva e che una pandemia costituisce una minaccia importante per un paese ed una comunità. Il settore della sanità non è quindi da considerare solo come ambito di spesa, ma come ambito su cui investire anche in vista di un ritorno economico; senza dubbio ciò non è facilmente misurabile né facilmente definibile, ma è reale. È dunque necessario che la pianificazione strategica degli investimenti da programmare sia multi-settoriale e ben coordinata.

Un terzo aspetto attiene alla **governance** e alle dinamiche di tipo istituzionale. Si è infatti evidenziata la criticità di un rapporto tra livello nazionale, regionale e sub-regionale mal congegnato, e quella di un ruolo non adeguato del Ministero della Salute nel processo di pianificazione e monitoraggio. Il che mette a repentaglio l'uniformità a livello territoriale e rende difficile sia l'eliminazione delle differenze in termini di equità e qualità dei servizi, sia il rispetto dei requisiti standard per ciascuna delle aree coinvolte. È quindi necessario che l'autonomia delle Regioni sia subordinata e calibrata rispetto all'obiettivo primario della equità, e che le deleghe siano finalizzate ad adattare al meglio il sistema alle esigenze territoriali e a permettere alle Regioni di partecipare alla programmazione.

Un quarto aspetto metodologico riguarda il **rapporto tra sociale e sanitario**. I fondi resi disponibili devono cioè essere impiegati anche in altri settori che possono accrescere il guadagno in salute: dalla coesione sociale, allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, agli stili di vita.

Un quinto aspetto riguarda i **requisiti dei progetti** da presentare e finanziare. Se da una parte i beneficiari degli investimenti possono essere vari – enti pubblici, organizzazioni del settore privato (specie piccole imprese, università, ONG e associazioni –, dall'altra è necessario che i progetti rispondano a requisiti tecnico/gestionali predeterminati dagli organi centrali con indicatori, concetti e modelli di assistenza sanitaria adeguati alla situazione e centrati sull'equilibrio virtuoso tra prevenzione, assistenza territoriale e sanità ospedaliera, in linea con le previsioni del DM 70/2015.

In sesto luogo, per la natura una tantum degli investimenti sono da privilegiare **piani innovativi** che possano veicolare la sanità italiana verso le sfide dei prossimi anni, incentivando la ricerca e l'innovazione e producendo risparmi e risorse per l'occupazione. I fondi straordinari dovrebbero essere destinati cioè ad obiettivi straordinari che poi riflettano la loro utilità nel proseguimento dell'attività ordinaria, evitando di operare secondo una logica di investimenti "a pioggia".

Settimo. Ulteriore obiettivo centrale dovrebbe essere quello del miglioramento del sistema di gestione manageriale della sanità e, più in generale, della **cultura gestionale** della pubblica amministrazione nella sanità e nel welfare, attraverso investimenti da destinare alla formazione e da collegare ad obiettivi misurabili e uniformi su tutto il territorio nazionale (tra cui anche la *customer satisfaction*).

Infine (ottavo), un Piano di investimenti quale quello di cui stiamo trattando non può rischiare esclusioni, lacune, sovrapposizioni e sprechi. Ciò significa che la programmazione va realizzata attraverso forme di **concertazione e concentrazione strategica** di primo ordine, coinvolgendo i diversi stakeholder e non tralasciando la verifica degli intrecci con altri investimenti già in corso o già programmati in altri ambiti e a valere di altri fondi.

## 6. La sanità del territorio

Per quanto riguarda i servizi sanitari occorre prendere le mosse dagli obiettivi del Patto per la salute per gli anni 2019-2021, in particolare, da quelli relativi allo “Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale” (Scheda 8), strettamente correlati con il Piano Nazionale della Cronicità, con il Piano di Governo delle Liste di Attesa e con il Piano Nazionale della Prevenzione. Il punto di partenza, come riportato nel suddetto “Patto per la salute”, non può prescindere dalla “implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell’assistenza territoriale, completando il sistema con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari”.

Al di là di una puntuale valutazione quantitativa della situazione territoriale attuale, ma anche alla luce dell’esperienza COVID-19, emergono carenze più o meno diffuse sul territorio italiano in termini di gestione della salute sul territorio, non solo per le emergenze sanitarie, ma anche per le cronicità, la riabilitazione e le cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell’età media della popolazione. Realizzare la continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del sistema sanitario ed è intesa sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. Gli interventi necessari prevedono dunque l’investimento in infrastrutture e strutture più sostenibili non tanto economicamente quanto rispetto alle nuove esigenze.

Nel documento ASviS “Per un pacchetto di investimenti a favore dello Sviluppo Sostenibile delle città e dei territori” sono già presentate alcune proposte di realizzazione di strutture sanitarie territoriali attualmente non adeguatamente presenti in tutto il territorio nazionale. Tali strutture sono le Case della Salute o Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), gli Ospedali di Comunità, i Punti Unici di Accesso Sociali e Sanitari, le Cen-

trali Operative Distrettuali e gli Hospice, tutte realtà i cui obiettivi e funzioni sono parzialmente sovrapponibili. Le Centrali della continuità sono, a loro volta, strutture organizzative che garantiscono la continuità assistenziale tra ospedale e territorio in base alle specifiche esigenze dei pazienti, attraverso una presa in carico globale del paziente che viene seguito attraverso un’integrazione dei servizi e con percorsi specifici per patologie.

L’interpretazione operata dalle Regioni rispetto alle modalità di realizzazione di queste strutture ha determinato una certa variabilità all’interno di un quadro che prevede, in tutte le Regioni, una pluralità di funzioni e requisiti che derivano dagli obiettivi di presa in carico sanciti dalle norme e, in particolare, dai decreti legislativi n. 229/1999 e dalla L. n. 328/2000. A tale proposito, qui di seguito si riportano alcune proposte di progetti da finanziare per rendere la situazione del Paese più adeguata rispetto a questo tipo di strutture.

<b>Strutture intermedie tra assistenza ospedaliera e territoriale</b>	
	<b>CASE DELLA SALUTE e PTA</b>
Contesto	Da intendersi come sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina generale e Specialistica ambulatoriale e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione
Azione	Rafforzare la presenza di strutture del tipo indicato, specie in contesti meno dotati, con interventi di ristrutturazione, ammodernamento e modifica d'uso
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la prevenzione primaria e secondaria per tutto l'arco della vita</li> <li>• Promuovere la salute e il benessere sociale della comunità locale</li> <li>• Garantire un'adeguata gestione della cronicità</li> <li>• Favorire una gestione comunitaria efficace delle epidemie</li> <li>• Realizzare un coordinamento tra medicina di base e specialistica, e tra territorio e ospedale</li> <li>• Creare unità di valutazione multidimensionali</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi e indici di appropriatezza

<b>Strutture intermedie tra assistenza ospedaliera e territoriale</b>	
	<b>CENTRALE DELLA CONTINUITÀ</b>
Contesto	È evidente la necessità, per il paziente e i familiari, di essere seguiti e aiutati nel percorso di dimissione dall'ospedale. La Centrale, struttura organizzativa in cui lavorano insieme infermieri, medici e assistenti sociali, coordinati da un infermiere, attraverso una regia unica organizza i percorsi di cura e assistenza post dimissione in accordo con il paziente e la famiglia per garantire al cittadino di non essere "lasciato solo uscendo dall'ospedale" ed essere curato e assistito nel posto giusto
Azione	Realizzare strutture e dotazioni informatiche e di sistema finalizzate all'integrazione dei servizi ospedalieri, territoriali, medicina generale di base
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettuare una razionalizzazione dei bisogni assistenziali</li> <li>• Garantire tempestività nella presa in carico</li> <li>• Avere continuità tra i setting e gli interventi assistenziali</li> <li>• Avere una definizione a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attività attesa e alla distribuzione territoriale</li> <li>• Creare unità di valutazione multidimensionali</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi e indici di appropriatezza



<b>Strutture intermedie tra assistenza ospedaliera e territoriale</b>	
<b>OSPEDALE DI COMUNITÀ</b>	
Contesto	I nuovi bisogni di salute della popolazione richiedono di erogare assistenza a pazienti affetti da patologie cronic-degenerative in strutture di cure intermedie nel rispetto di standard di qualità e sicurezza delle cure. Una soluzione innovativa è l'ospedale di comunità che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; gli utenti sono pazienti che, per un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e hanno bisogno di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio
Azione	Creare strutture, o rafforzare quelle esistenti, destinate ad un numero limitato di posti letto (15-20) e gestite da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare ospedali di comunità allocati presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali</li> <li>• Attuare una responsabilità igienico-organizzativa e gestionale in capo al distretto supportato dalle necessarie consulenze specialistiche</li> <li>• Attuare una corretta regolamentazione dei flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale</li> <li>• Rispondere ai bisogni di salute per le patologie croniche</li> <li>• Creare unità di valutazione multidimensionali</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi e indici di appropriatezza

<b>Strutture intermedie tra assistenza ospedaliera e territoriale</b>	
<b>PUNTI UNICI DI ACCESSO SOCIALI E SANITARI</b>	
Contesto	Nel complesso sistema di offerta sanitaria è frequente che l'utente non trovi la risposta più idonea ai suoi bisogni; avere un riferimento per orientarsi e trovare soluzioni appropriate ha l'effetto di accelerare e migliorare diagnosi e cure, con favorevoli ripercussioni su tutto il percorso
Azione	Rafforzare le strutture esistenti, ammodernare quelle che ne hanno bisogno, arricchire le dotazioni tecnologiche e logistiche
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispondere con interventi appropriati e tempestivi ai bisogni di salute</li> <li>• Evitare al paziente e alla sua famiglia peregrinaggi tra diverse strutture</li> <li>• Fornire una prima valutazione del fabbisogno e prime indicazioni su come avviare la presa in carico</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi e indici di appropriatezza

<b>Strutture intermedie tra assistenza ospedaliera e territoriale</b>	
	<b>DISTRETTI SANITARI</b>
Contesto	La richiesta di bisogni sanitari richiede spesso risposte integrate tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali. I Distretti Sanitari sono strutture tecnico-funzionali che, inserite in questo contesto, garantiscono l'integrazione di servizi e professionisti di area sanitaria con i servizi e i professionisti dell'ambito sociale
Azione	Svolgere attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello (cioè non particolarmente complesse, ma di base)
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Governare la domanda (valutare quali servizi per quali bisogni di salute)</li> <li>• Assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi e Indici di appropriatezza

## 7. La sanità digitale

La crisi determinata dalla pandemia ha reso evidente la necessità di un'accelerazione della diffusione di nuovi strumenti digitali e di sanità elettronica; peraltro, questa esigenza è recepita dalla Conferenza delle Regioni e inserita nella verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza. Per sanità digitale si intendono tutte le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) necessarie per far funzionare il sistema sanitario (dalla ricetta elettronica alla telemedicina e tele-assistenza, al supporto per gli studi epidemiologici, etc.). Incentivare la tele-medicina significa fornire strumenti e apparecchiature sanitarie, anche di basso costo (saturimetri, elettrocardiografi, elettrocardiografici dinamici secondo Holter, ecografi portatili), ai presidi di assistenza territoriale e ai medici di medicina generale.

Le nuove tecnologie possono rivoluzionare l'assistenza sanitaria, così come i sistemi sanitari, e contribuire alla loro futura sostenibilità. Grazie alla sanità elettronica è possibile: creare un'assistenza sanitaria più aderente alle esigenze degli utenti ma che, allo stesso tempo, possa contenere i costi; effettuare a domicilio del paziente una serie di attività diagnostiche; permettere un monitoraggio continuo a distanza; ridurre gli accessi alle strutture ospedaliere e i ricoveri senza penalizzare l'assistenza sanitaria. Nello schema qui di seguito si riportano alcune proposte di azioni per l'applicazione della telemedicina.

Salute digitale	
	SISTEMI e STRUMENTI DIGITALI
Contesto	Il contesto più diffuso di applicazione della telemedicina è la continuità delle cure domiciliari dei pazienti fragili e cronici, ma importante è anche la gestione dell'assistenza di pazienti tradizionali o delle emergenze sanitarie
Azione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare sistemi di sorveglianza clinica, telemedicina, tele-visita, teleconsulto, tele-cooperazione, tele-monitoraggio, (software e hardware)</li> <li>• Costruire un'info-struttura di base in grado di raccogliere dati e alimentarli</li> <li>• Fornire i presidi territoriali di apparecchi sanitari di bassa complessità</li> </ul>
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superare le differenze esistenti tra le regioni, la frammentazione della raccolta dati, lentezza dei processi di elaborazione</li> <li>• Raccogliere dati e indirizzare le persone verso un percorso assistenziale corretto</li> <li>• Rafforzare la medicina preventiva (sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale)</li> <li>• Sviluppare i canali di informazione dei pazienti</li> <li>• Migliorare il sistema delle prenotazioni e gli accessi</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi e indici di appropriatezza

## 8. La formazione

Nel quadro degli investimenti sanitari da compiere in questa fase non si può prescindere dalla necessità di innovare contenuti e metodi della formazione del personale sanitario. In particolare, sia per l'adeguata gestione dell'implementazione delle strutture e infrastrutture vecchie e nuove che per lo sviluppo di specifiche competenze riguardo alla recente emergenza sanitaria internazionale - come peraltro previsto nei piani di preparazione e risposta alle pandemie -, è necessario destinare parte dei finanziamenti alla attuazione di un Piano straordinario di formazione fruibile anche da remoto, diretta con le opportune distinzioni al personale di medicina generale, al personale della medicina del territorio ed a tutti gli operatori sanitari. Tale iniziativa dovrebbe implementare le competenze tecnico-gestionali e formare il personale sanitario in modo che possa operare in un contesto pandemico, come indicato nella tabella che segue.

Formazione	
	<b>FORMAZIONE MEDICINA del TERRITORIO</b>
Contesto	Il ruolo fondamentale attribuito al medico di medicina generale, (MMG) ed agli altri operatori del territorio, presuppone una loro riqualificazione professionale che punti a migliorare le competenze e la strumentazione professionale a disposizione
Azione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrare i corsi di formazione di base</li> <li>• Alfabetizzazione digitale</li> </ul>
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare le competenze tecnico-gestionali dei MMG</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione esiti

Formazione	
	<b>FORMAZIONE PANDEMIA</b>
Contesto	La pandemia ha evidenziato una carenza diffusa degli operatori sanitari sulle conoscenze tecniche e gestionali di un evento epidemico.
Azione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare un Piano straordinario di formazione</li> <li>• Diffondere competenze e strumentazioni professionali per gli interventi in situazioni di epidemia e pandemia</li> </ul>
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formare personale sanitario in grado di operare in un contesto pandemico</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi

## 9. L'area della ricerca

La ricerca e l'innovazione hanno un ruolo fondamentale nel guidare il cambiamento di ogni società. Gli investimenti in ricerca e innovazione e il rafforzamento della collaborazione internazionale tra i diversi stakeholder, scienziati, responsabili delle politiche e professionisti, rappresentano i punti fondamentali per guidare il cambiamento e prepararsi a una ripresa sostenibile e inclusiva dopo la crisi generata dall'emergenza COVID-19. A tale riguardo, le due aree di intervento di seguito descritte meriterebbero di essere considerate e tempestivamente affrontate.

### 9.1 Potenziamento delle infrastrutture a supporto della ricerca

La pandemia ha evidenziato come nel nostro mondo interconnesso qualsiasi crisi non riguarda solo singole nazioni, ma l'intero pianeta. Inoltre, si è diffusa la consapevolezza che un'emergenza globale possa essere affrontata e superata solo attraverso risposte coordinate a livello internazionale. L'intero pianeta si è trovato infatti di fronte ad una pandemia annunciata, ma affrontata in modo poco efficace dalla gran parte dei paesi, sia nel Nord che nel Sud del mondo.

Le domande fondamentali che si sono poste all'attenzione del mondo intero sono le seguenti:

- Per quale motivo i Paesi occidentali non hanno utilizzato né recepito dati scientifici che da almeno cinque anni individuavano nei coronavirus del pipistrello il principale fattore di rischio pandemico emergente?
- Per quale motivo i numerosi piani pandemici elaborati negli ultimi anni sono stati messi in atto in differenti modi e tardivamente nelle diverse aree geografiche e perfino tra paesi nell'ambito di una stessa area?
- Come mai dopo sei mesi dall'inizio della pandemia c'è ancora disaccordo (anche nella comunità scientifica) sulla reale pericolosità della situazione e, in particolare, su temi importanti quali (ad esempio) virulenza dell'agente infettivo, la contagiosità della malattia, la possibilità di acquisire un'immunità permanente, i protocolli diagnostico-terapeutici validati, le strategie di

contenimento, la possibilità di comparsa di nuovi focolai, etc.?

- Come mai sugli aspetti fondamentali dell'attuale pandemia (o di eventuali situazioni analoghe) manca ancora un efficace e coerente sistema di informazione, comunicazione e formazione? E come mai non si riesce a contrastare il fenomeno delle cosiddette fake news?

È ormai assodato che crisi pandemiche come quella attuale possano ripetersi e che qualsiasi virus pandemico può fare rapidamente il giro del mondo e creare in pochi giorni numerosi casi sporadici, che dovrebbero essere rapidamente cercati, riconosciuti e isolati; dunque che, in poche settimane, pericolosi *outbreak* epidemici dovrebbero essere immediatamente monitorati e correttamente affrontati sul piano diagnostico-terapeutico mediante protocolli validati e concordati a livello planetario. Di conseguenza, a livello globale dovrebbero essere rafforzate la cooperazione scientifica e la condivisione delle informazioni attraverso una "scienza aperta", volta a promuovere ricerche future che puntino a prevenire e mitigare le crisi globali; che è necessario puntare allo sviluppo di reti internazionali di collegamento al fine di garantire che i diversi ambiti della ricerca scientifica, da quella epidemiologica agli studi sugli aspetti diagnostici, terapeutici e preventivi (in particolare i vaccini) delle malattie, possano integrarsi e collaborare tra loro nell'affrontare le problematiche sanitarie emergenti. Tale cooperazione è realizzabile solo attraverso la garanzia di un "accesso aperto" ai dati della ricerca.

Nel contesto dell'attuale pandemia appare di cruciale importanza, quindi, la strategia che va sotto il nome di "*open solution*", vale a dire l'accesso aperto alle informazioni scientifiche e agli esiti delle ricerche da realizzare attraverso la possibilità di consultare archivi centrali digitali, con lo scopo di aprire la strada a risposte più rapide e sostenibili rispetto ai diversi quesiti medico-scientifici e su cui basare le diverse misure emergenziali, evitando al contempo inutili duplicazioni e sprechi di risorse umane e finanziarie. Ciò significa che in un Piano di investimenti straordinari andrebbe inserito un "Programma di Ricerca-Azione" altamente efficace e utilizzabile sia a livello locale che globale, volto a contenere la diffusione del

virus (in particolare nelle aree in cui questa appare ancora fuori controllo), a fornire strumenti di reazione rapida e concordata a livello globale per eventuali situazioni future e a creare forme e strumenti di raccolta ed elaborazione dati. Solo se immediatamente inseriti in appositi *repository* di dati facilmente accessibili e replicabili a livello sia locale che globale, questi dati potranno essere utilizzati in modo efficace sia per prevenire, sia per affrontare nel prossimo futuro qualsiasi analogia emergenza planetaria. Ovviamente questa necessità diventa ancora più cogente per le ricerche finanziate da fondi pubblici.

Qui di seguito alcune proposte in merito.

Accesso aperto ai dati della ricerca	
Contesto	La globalizzazione aumenta il movimento delle persone e degli agenti infettivi oltre i confini nazionali, incrementando così l'interdipendenza tra i diversi Paesi. Una politica globale per il controllo delle malattie infettive, guidata dall'evidenza scientifica dei dati, con l'obiettivo di raggiungere una globalizzazione sanitaria equilibrata, dovrebbe essere posta come prioritaria nelle agende di ogni Paese
Azione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare un archivio digitale destinato a ospitare i dati della ricerca (sia quantitativi che qualitativi) provenienti da contributi nazionali e internazionali, facilmente utilizzabile in tempo reale da tutti</li> </ul>
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliorare la preparazione e la risposta alle epidemie</li> <li>• Migliorare lo sviluppo di diagnostica</li> <li>• Migliorare lo sviluppo di trattamenti e vaccini</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi

## 9.2 Ricerca per l'ottimizzazione dei sistemi sanitari

La pandemia ha altresì evidenziato, non solo a livello nazionale, ma anche a livello planetario, come le strategie di *lockdown*, se prolungate, pur essendo efficaci nel rallentamento dell'epidemia, hanno un costo troppo elevato sul piano economico, sociale e psicologico; d'altra parte, però, il prolungamento della chiusura si è rivelato necessario a causa della carenza di sistemi di risposta immediata sul territorio: prevenzione, diagnosi immediata, monitoraggio dei casi e dei contatti, isolamento dei casi.

Tutto ciò pone la necessità di investire nella ricerca per l'ottimizzazione dei sistemi sanitari affinché siano in grado di rispondere rapidamente ed efficacemente alla minaccia di future pandemie e siano messi nella condizione di fornire servizi migliori e maggiormente rispondenti alle attuali necessità per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento, oltre a fornire un accesso migliore e paritario a tutti i cittadini. L'obiettivo generale della ricerca in questo ambito deve essere quello di garantire la transizione verso sistemi sanitari più sostenibili, resilienti, innovativi e di alta qualità, identificando i facilitatori e gli ostacoli che guidano il trasferimento di soluzioni innovative di successo.

È inoltre essenziale che ricercatori e decisori politici possano cooperare e procedere insieme nella stessa direzione al fine di ottenere il massimo impatto dei risultati della ricerca sugli obiettivi prestabiliti di trasformazione dei sistemi sanitari; è altrettanto necessario il coinvolgimento di tutti gli stakeholder e il riconoscimento del ruolo attivo dei cittadini per la tutela della propria salute. In questo quadro, il rafforzamento del sistema sanitario si pone come condizione necessaria per il raggiungimento di obiettivi fondamentali illustrati nella tabella che segue.

Rafforzamento della ricerca sul sistema sanitario	
Contesto	Il sistema sanitario italiano sta affrontando sfide sempre crescenti. La pandemia di COVID-19 ha evidenziato la necessità di azioni immediate al fine di garantire un sistema sanitario di alta qualità, efficiente, accessibile, incentrato sulle persone, equo e resiliente
Azione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizzare un Programma di Ricerca-Azione volto a individuare, trasmettere ed implementare strategie e politiche basate sull'evidenza per la trasformazione del sistema sanitario</li></ul>
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incrementare le conoscenze specifiche del contesto</li><li>• Individuare facilitatori e barriere per il trasferimento e il potenziamento di soluzioni di successo</li><li>• Formulare modelli organizzativi innovativi (nuovi modi di fornire assistenza e cura)</li><li>• Elaborare procedure, linee guida, politiche innovative</li></ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi

## 10. Ambiente e prevenzione

È ormai unanime il consenso sulle evidenze secondo le quali gli squilibri ecosistemici da perdita di biodiversità e da devastazione dei territori per scopi produttivi, incendi e avversità meteo climatiche, sono fattori che favoriscono l'insorgenza di patogeni emergenti e i meccanismi del salto di specie. È noto inoltre come i cambiamenti climatici possano influire non solo sull'aumento di malattie clima-sensibili, come le malattie da vettore, ma anche sulle pandemie in caso di eventi meteo-climatici estremi. Queste interconnessioni, che riaffermano l'unicum della salute ambientale, animale e umana, richiamano la necessità di mettere in campo nuovi paradigmi di prevenzione integrata secondo l'approccio *One Health*, sia nel senso di azioni di medio-lungo periodo che di azioni più a breve termine, specie per la gestione post-emergenziale.

La prevenzione primaria dei rischi infettivi biologici, in particolare quelli derivati dalle zoonosi a rischio epidemico (che si stima riguardino circa il 70% delle malattie infettive emergenti), deve essere implementata con l'obiettivo di eliminare, o quanto meno ridurre, i fattori di rischio e le cause di malattie, sia grazie a interventi diretti che grazie a interventi indiretti sulla popolazione, e non deve limitarsi alla sorveglianza epidemiologica, alle vaccinazioni e alle misure territoriali di contenimento del contagio. Occorre cioè includere, nelle azioni da programmare, aree di intervento più ampie cui destinare risorse dedicate, che riguardano soprattutto la sorveglianza della circolazione di patogeni in matrici ambientali, l'ambiente indoor e la prevenzione dell'esposizione a patogeni negli ambienti di vita e di lavoro. Tali attività vanno potenziate nell'ambito delle risorse e degli strumenti di prevenzione nazionale collegati e declinati nelle realtà regionali e territoriali, quali i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano pandemico nazionale.

Accanto a ciò occorre prevedere adeguati strumenti e risorse per potenziare le sinergie e l'interfaccia:

- con le connesse attività di sanità pubblica, di prevenzione secondaria e sanità animale, propedeutiche a una prevenzione secondo il modello *One Health*;

- con settori esterni al Servizio Sanitario e, soprattutto, il settore ambientale, incluso l'adeguamento dei Livelli essenziali delle prestazioni tecniche ambientali (LEPTA) - ex L.132/2016 istitutiva del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA) - e il potenziamento di strumenti decisionali quali la Valutazione Quantitativa del Rischio Microbiologico (QMRA - *Quantitative Microbial Risk Assessment*);
- per la ricerca intersettoriale dell'area "Ambiente e Salute" e, in particolare, per le conoscenze relative ai determinanti e alla storia naturale delle zoonosi emergenti o ri-emergenti a potenziale epidemico e alle nuove acquisizioni scientifiche (ecologia, trasmissione, rapporti ospiti-agenti-ambiente).

Nel loro complesso, tutte queste attività necessitano di personale dedicato e, in prima battuta, di infrastrutture logistiche e tecniche di supporto, quali i laboratori adeguati ai diversi livelli di biosicurezza per la ricerca di RNA virale nei campioni ambientali, compresa la dotazione strumentale e logistica di una costituenda rete di monitoraggio dell'aria *indoor*.

### 10.1 La sorveglianza della circolazione di patogeni in matrici ambientali

In caso di zoonosi patogene per l'uomo la ricerca di RNA virale - come nel caso del virus responsabile della COVID-19 - in matrici ambientali, quali l'aria outdoor e i liquami di acque reflue, può consentire informazioni essenziali per la risposta sanitaria al pericolo epidemico quali:

- l'individuazione tempestiva in situazioni di bassa circolazione virale, tale da non creare ancora evidenti fenomeni di cluster sanitari e, quindi, di potenziali *hotspot* primari o ri-emergenti a potenziale epidemico;
- il monitoraggio dell'eradicazione della circolazione virale (per questa finalità per il virus polio dal 1988 è in vigore il monitoraggio nei reflui);
- l'integrazione delle informazioni con i sistemi informativi di allerta rapida e sorveglianza per i dati ambientali e di sanità umana e veterinaria secondo l'approccio *One Health*;
- la sorveglianza di eventuali mutazioni genetiche di ceppi circolanti.

Qui di seguito alcune concrete proposte.



<b>Potenziamento delle infrastrutture dei laboratori di biosicurezza a supporto dei sistemi di sorveglianza e di allerta precoce ambientale</b>	
Contesto	<p>La comprensione dei fenomeni epidemiologici della circolazione virale del Sars-CoV-2 o di altri patogeni emergenti zoonotici e la relativa sorveglianza sanitaria dovranno essere affiancate da un sistema di sorveglianza della ricerca di RNA virale in matrici ambientali che consenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; la tempestività di potenziali <i>hotspot</i> primari o riemergenti a potenziale epidemico in situazioni di bassa circolazione virale;</li> <li>&gt; il monitoraggio dell'eradicazione della circolazione virale;</li> </ul> <p>- l'integrazione delle informazioni con i sistemi informativi di allerta rapida e sorveglianza con i di sanità umana e veterinaria secondo l'approccio <i>One Health</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; la sorveglianza di eventuali mutazioni genetiche di ceppi circolanti.</li> </ul> <p>Prerequisito essenziale per la costruzione del sistema di sorveglianza è la dotazione adeguata di laboratori per la ricerca del virus nei campioni delle matrici indagate</p>
Azione	Potenziare i laboratori in biosicurezza a supporto del sistema di allerta rapido
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliorare la risposta e la gestione di focolai epidemici</li> <li>• Assicurare maggiore tempestività nella rilevazione di situazioni di bassa circolazione virale</li> <li>• Migliorare la sorveglianza di eventuali <i>hotspot</i> epidemici o ricomparsa di patogeni</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi

## 10.2 L'ambiente *indoor* e la prevenzione dell'esposizione a patogeni negli ambienti di vita e di lavoro

La prevenzione dell'esposizione a patogeni negli ambienti di vita e di lavoro, e in particolare in quelli sensibili, come ospedali, scuole e RSA, non può non tener conto del ruolo dell'aria *indoor* quale condizione di esposizione e di fattore di rischio per la diffusione del contagio. La ricerca di RNA virale nell'aria *indoor* e in potenziali sorgenti di accumulo e diffusione (sistemi di aerazione, ventilazione e condizionamento) è un valido contributo dell'informazione sui fattori di rischio di contagio e diffusione nelle comunità nonché alle valutazioni su scala locale/nazionale per il potenziamento e l'indicazione a misure di contenimento o prevenzione.

Qui di seguito una proposta in tema.

<b>Potenziamento della dotazione organica e di strumentazioni di una rete di monitoraggio per la ricerca di RNA virale in ambienti <i>indoor</i></b>	
Contesto	Il monitoraggio dell'aria <i>indoor</i> , ad oggi, non ha in Italia una normativa ad hoc di riferimento che definisca ruoli, competenze e valori soglia, questo ha influito sulle dotazioni organiche e di strumentazioni nei sistemi di prevenzione ambientali e di sanità pubblica nonostante l'ambiente <i>indoor</i> rappresenti il maggior fattore di rischio per contagio e diffusione in epidemia virali a trasmissione respiratoria, specie in luoghi sensibili come scuole, ospedali e RSA
Azione	Potenziare la dotazione organica e di quella delle strumentazioni per una rete di monitoraggio per la ricerca di RNA virale in ambienti <i>indoor</i>
Obiettivi e risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementare le conoscenze specifiche del contesto di rischio</li> <li>• Individuare eventuali <i>hotspot indoor</i></li> <li>• Individuare sorgenti indoor contaminate</li> <li>• Potenziare le misure di contenimento e prevenzione specifica</li> </ul>
Monitoraggio	Valutazione degli esiti attraverso indicatori qualitativi e quantitativi

## Osservazioni conclusive

Cause e conseguenze della pandemia COVID-19 da virus Sars-CoV-2 hanno evidenziato non solo l'importanza per la salute, intesa nella sua complessità di benessere fisico, psichico e socio-economico dei vari determinanti che la condizionano, ma anche il peso che le vulnerabilità preesistenti hanno esercitato in termini di impatto sanitario e sociale globale, di criticità e di destabilizzazione del sistema.

Determinanti e vulnerabilità che reclamano con forza la dovuta attenzione per azioni finalizzate a una ricostruzione resiliente della tutela della nostra salute e di quelle delle future generazioni e che investano i vari settori di politica sanitaria, sociale, ambientale, produttiva e di pianificazione territoriale, in un'ottica di sostenibilità integrata e nel pieno rispetto dei principi dell'Agenda 2030.

In questo senso il presente documento va letto come parte integrante del complesso dei contributi di riflessione e analisi prodotti da ASviS, dal momento che, come argomentato in più sedi dal Gruppo di lavoro del Goal 3 e più volte affermato in questo lavoro, la gestione dei determinanti di salute non riguarda esclusivamente l'organizzazione sanitaria e l'accesso ai servizi di prevenzione, sorveglianza sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione, ma anche le disuguaglianze socio-economiche, le vulnerabilità individuali e di comunità, i cambiamenti ambientali globali, i loro impatti sugli equilibri ecosistemici, sul territorio e sulla qualità e disponibilità delle risorse naturali, i modelli socio-economici globali, i trend e pattern di urbanizzazione. Modelli che mostrano, da tempo, la loro inadeguatezza di fronte alle malattie croniche degenerative, alle avversità climatiche, alle devastazioni del territorio, così come rispetto alle piaghe dell'analfabetismo e della povertà e che si rivelano particolarmente inadeguati in occasione di eventi catastrofici come le pandemie.

Con questa visione, in questo Rapporto sono state individuate le 10 aree prioritarie d'intervento su cui investire a breve termine, nonché declinate alcune proposte puntuali e d'interesse per il Gruppo di lavoro del Goal 3 (in relazione alle criticità emerse nell'emergenza pandemica) che possano, grazie a investimenti puntuali, essere trasformate in un'opportunità per conseguire:

- una sanità del territorio più resiliente sia agli effetti psicologici e fisici di eventi epidemici, sia alla contemporanea gestione delle altre numerose patologie non trasmissibili e dell'assistenza ai più vulnerabili come i disabili o pazienti in svantaggio socio-economico e che, non in ultimo, preveda anche percorsi formativi per gli operatori sanitari;
- un efficace rilancio e promozione della "salute digitale" e delle sue infrastrutture tecnologiche necessarie a una telemedicina per obiettivi di assistenza, diagnosi e cura;
- un potenziamento delle infrastrutture a supporto della ricerca biomedica e delle attività di studio e ricerca per l'ottimizzazione dei sistemi sanitari;
- un'efficiente gestione integrata ambientale e sanitaria dei rischi epidemici, da affiancare alle azioni sanitarie di sorveglianza e contenimento, attraverso la dotazione di un'adeguata rete di laboratori in biosicurezza e strumentazione idonea per la sorveglianza della circolazione di patogeni in matrici ambientali e nell'aria *indoor* negli ambienti di vita e di lavoro, in particolare in quelli sensibili come scuole, ospedali e RSA.

## NOTE

<sup>1</sup> ASviS, Politiche per fronteggiare la crisi da COVID-19 e realizzare l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, aprile 2020

<sup>2</sup> ASviS, Per un pacchetto di investimenti a favore dello Sviluppo Sostenibile delle città e dei territori, 28 maggio 2020

Finito di stampare  
nel mese di settembre 2020

Progetto grafico e impaginazione

**K**NOWLEDGE *for* **B**USINESS



L'ASviS è nata il 3 febbraio del 2016 su iniziativa della Fondazione Unipolis e dell'Università di Roma "Tor Vergata" ed è impegnata a diffondere la cultura della sostenibilità a tutti i livelli e a far crescere nella società italiana, nei soggetti economici e nelle istituzioni la consapevolezza dell'importanza dell'Agenda 2030 per realizzare gli Obiettivi di sviluppo sostenibile. L'ASviS è la più grande rete di organizzazioni della società civile mai creata in Italia ed è rapidamente divenuta un punto di riferimento istituzionale e un'autorevole fonte di informazione sui temi dello sviluppo sostenibile, diffusa attraverso il portale [www.asvis.it](http://www.asvis.it) e i social media.