

AHEAD



ACTION FOR HEALTH AND EQUITY
ADDRESSING MEDICAL DESERTS

LA DESERTIFICAZIONE SANITARIA IN ITALIA



**RACCOMANDAZIONI
PER L'ADOZIONE DI
POLITICHE SANITARIE
ATTE A FRONTEGGIARE
IL FENOMENO**

APRILE 2023



Sommario

Introduzione	3
Metodologia	3
Organizzazione del dialogo istituzionale: dal locale al nazionale.....	3
La nostra metodologia di costruzione del consenso	4
La desertificazione sanitaria in Italia: l'analisi di Cittadinanzattiva.....	7
Commento finale.....	11
Approfondimenti.....	12

A cura di Mariano Votta e Bianca Ferraiolo.



Progetto co-finanziato dal Programma
per la salute
dell'Unione europea

Il contenuto di questo documento rappresenta solo il punto di vista degli autori ed è di loro esclusiva responsabilità e non riflette le opinioni della Commissione europea e/o dell'Agenzia esecutiva europea per la salute e il digitale (HaDEA) o di qualsiasi altro organismo dell'Unione europea. La Commissione europea e l'Agenzia non si assumono alcuna responsabilità per l'uso che può essere fatto delle informazioni in esso contenute.

Introduzione

Il Progetto AHEAD affronta la sfida della desertificazione sanitaria in Europa nel tentativo di contribuire a ridurre le disuguaglianze sanitarie. Il progetto è stato realizzato in Italia, Moldavia, Paesi Bassi, Romania e Serbia, con l'obiettivo di aiutare i responsabili politici, le organizzazioni dei pazienti, le organizzazioni dei professionisti della salute, i cittadini e altri soggetti interessati, coinvolti a vario titolo nella gestione delle politiche sanitarie. Ulteriori informazioni sui [team](#), sulla [mission e sugli obiettivi](#) di AHEAD e sulle [attività](#) svolte nel corso del progetto sono disponibili ai link presenti.

L'obiettivo finale, a livello nazionale ed europeo, è quello di migliorare l'accesso ai servizi sanitari, soprattutto nelle aree poco servite, e di garantire un accesso più equo ad un numero sufficiente di operatori sanitari qualificati e motivati, a partire dai Paesi coinvolti nel progetto.

Metodologia

Ogni team nazionale ha organizzato sessioni di dialogo con gli attori politici a livello locale e nazionale, con la finalità di produrre e discutere proposte di provvedimenti per fronteggiare il fenomeno della desertificazione sanitaria, tenendo ben presente il contesto e le caratteristiche del territorio, creando così uno slancio per l'effettivo cambiamento dei processi decisionali e per un'azione efficace, incoraggiando la collaborazione tra le diverse parti interessate.

Il dialogo istituzionale, com'è noto, può rivelarsi uno strumento prezioso e fondamentale per fare fronte alle necessità dei sistemi sanitari e, a seconda del grado di partecipazione dei cittadini, può portare enormi vantaggi all'attuazione delle strategie, aumentando le possibilità di ottenere risultati positivi. In questo modo, i diversi stakeholder possono esaminare meglio le rispettive prospettive, migliorando la comprensione generale del processo politico ed il suo impatto nei diversi contesti. Promuovere il coinvolgimento di tutte le parti interessate nel processo di elaborazione delle proposte può, quindi, aumentare l'impegno e portare a politiche più reattive.

Organizzazione del dialogo istituzionale: dal locale al nazionale

Il dialogo con i rappresentanti delle istituzioni rappresenta un'opportunità sia per le comunità che per i decisori politici stessi. Infatti, in questo modo, questi ultimi hanno l'opportunità di ricevere input da persone con esperienza diretta ed approfondimenti da parte di esperti come accademici, professionisti della salute e rappresentanti di pazienti e della società civile. Così, le proposte politiche discusse nei diversi momenti di confronto non sono solo supportate da prove, ma sono anche rappresentate da persone che vivono il fenomeno nella quotidianità.

A tal fine, ciascun membro del consorzio ha dapprima analizzato gli stakeholder e le figure

chiave – dapprima al livello locale e poi, a salire, al livello regionale e nazionale - come le organizzazioni civiche e di pazienti, gli operatori e professionisti sanitari (ad es. medici di base e specialisti, pediatri, infermieri, farmacisti, ecc.) ed altri stakeholder rilevanti (come, ad esempio, i sindacati che operano nel settore sanitario, i direttori dei distretti sanitari, ecc.) per condurre interviste approfondite sul tema della desertificazione sanitaria nel loro contesto e raccogliere esperienze, percezioni e proposte in merito al fenomeno della desertificazione sanitaria con il fine ultimo di ottenere un migliore accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Inoltre, il team di ciascuna organizzazione del consorzio ha condotto un'analisi per individuare le figure politiche chiave coinvolte nel processo decisionale a livello locale - a diversi livelli politici e in diverse aree politiche (ad esempio, assessori locali, sindaci, membri del consiglio regionale e figure che rappresentano sia la maggioranza che l'opposizione) - per facilitare la discussione delle misure politiche possibili e/o esistenti per prevenire/mitigare il fenomeno della desertificazione sanitaria.

Infine, una selezione degli stakeholder intervistati è stata coinvolta in una serie di incontri (sessioni di costruzione del consenso) per far emergere le questioni più rilevanti nel contesto locale e raccogliere informazioni e proposte, che sono state successivamente discusse a livello nazionale, durante l'ultima fase delle attività condotte.

La nostra metodologia di costruzione del consenso

È noto in letteratura che il successo dell'attuazione delle strategie per il personale sanitario richiede una forte governance intersettoriale e la creazione di consenso tra i diversi attori coinvolti. Come consorzio, abbiamo quindi deciso di redigere, testare e convalidare una metodologia di costruzione del consenso (CB), al fine di aumentare le possibilità di contrastare con successo i deserti sanitari.

L'obiettivo di questa metodologia è duplice:

- Messa in atto nei paesi dei partner del progetto AHEAD, contribuisce all'identificazione e allo sviluppo di opzioni politiche pratiche, realizzabili e specifiche per il contesto, che sosterranno i responsabili politici nelle loro decisioni.
- Realizzata, contestualizzata e valutata in tutti i Paesi dei partner di AHEAD, darà luogo ad una metodologia convalidata, che condivideremo in un documento di orientamento pratico, in modo che altre organizzazioni possano applicare la stessa metodologia nel proprio contesto.

Questo metodo di costruzione del consenso partecipativo consiste in due fasi a livello locale e una a livello nazionale, tutte con dialoghi facilitati. Ulteriori dettagli su questa metodologia sono disponibili a questo [link](#).

È importante notare che la metodologia è stata contestualizzata per ogni Paese, dopo un'ampia serie di discussioni con le équipes nazionali, per garantirne l'adeguatezza culturale, adattandola al contesto e alle esigenze dei facilitatori e dei partecipanti.

Gli stakeholder

Molto spesso, i rappresentanti politici che operano a livello locale svolgono un ruolo anche nella politica nazionale e, allo stesso modo, i politici che operano a livello europeo svolgono un ruolo anche a livello nazionale. Ciò significa che molte di queste figure possono essere coinvolte a più livelli del dialogo politico.

Inoltre, questo vale anche per altri stakeholder chiave interessati dalle diverse fasi del progetto: ad esempio, un operatore sanitario può essere anche portavoce di una particolare categoria a livello nazionale. Oppure, la stessa associazione di cittadini/pazienti può operare sia a livello locale che nazionale e, talvolta, europeo.

Per questo motivo, è stato molto importante selezionare i diversi stakeholder con attenzione ed in anticipo, per evitare un loro eccessivo coinvolgimento.

La sessione di costruzione del consenso nazionale, descritta anche come dialogo politico, rientra nella fase 3 della metodologia di costruzione del consenso per contrastare il fenomeno della desertificazione sanitaria. Questa fase offre l'opportunità di trovare un modo per garantire che le proposte politiche selezionate nelle sessioni di costruzione del consenso multi-stakeholder in ogni Paese siano portate avanti e rappresentate nei dialoghi politici.

Di seguito è riportata una lista indicativa delle diverse categorie di soggetti coinvolti nei processi appena descritti:

Rappresentanti istituzionali:

- Politici a livello locale
 - Assessori locali
 - Sindaco
 - Membri del Consiglio
 - Leader dell'opposizione

- Politici di livello nazionale
 - Ad esempio, membri del Parlamento nazionale / europarlamentari attivi anche a livello nazionale

- Politici di livello regionale

- Soggetti chiave come gli alti funzionari burocratici

Altri Rappresentanti delle sessioni CB nazionali:

- Rappresentanti di sessioni di CB
- Rappresentanti del settore sanitario
- Accademici
- Membri della società civile e altri stakeholder

I policy brief presentati in questo documento sono stati compilati dalle organizzazioni di questo progetto, da ciascun Paese. Si basano sulle idee, le opinioni e i suggerimenti raccolti, ma non rappresentano una posizione ufficiale di nessuna istituzione o persona che ha fatto parte del processo, bensì delle indicazioni per i decisori politici, che possono servire da supporto per apportare modifiche alle politiche riguardanti gli operatori sanitari e migliorare la legislazione nazionale relativa alla loro governance, al fine di affrontare la desertificazione sanitaria.

Ciascuna relazione fornisce una breve panoramica del fenomeno in ciascun Paese, alcune informazioni relative all'adattamento della metodologia di costruzione del consenso per ciascun contesto e le opzioni politiche specifiche, suddivise per categorie, ove possibile. I documenti sono accompagnati da citazioni tratte dagli eventi realizzati a livello nazionale, che riportano alcune opinioni di partecipanti e/o soggetti interessati al tema e, se riconosciuto, il loro impegno ad affrontare questo problema nei rispettivi contesti nazionali.

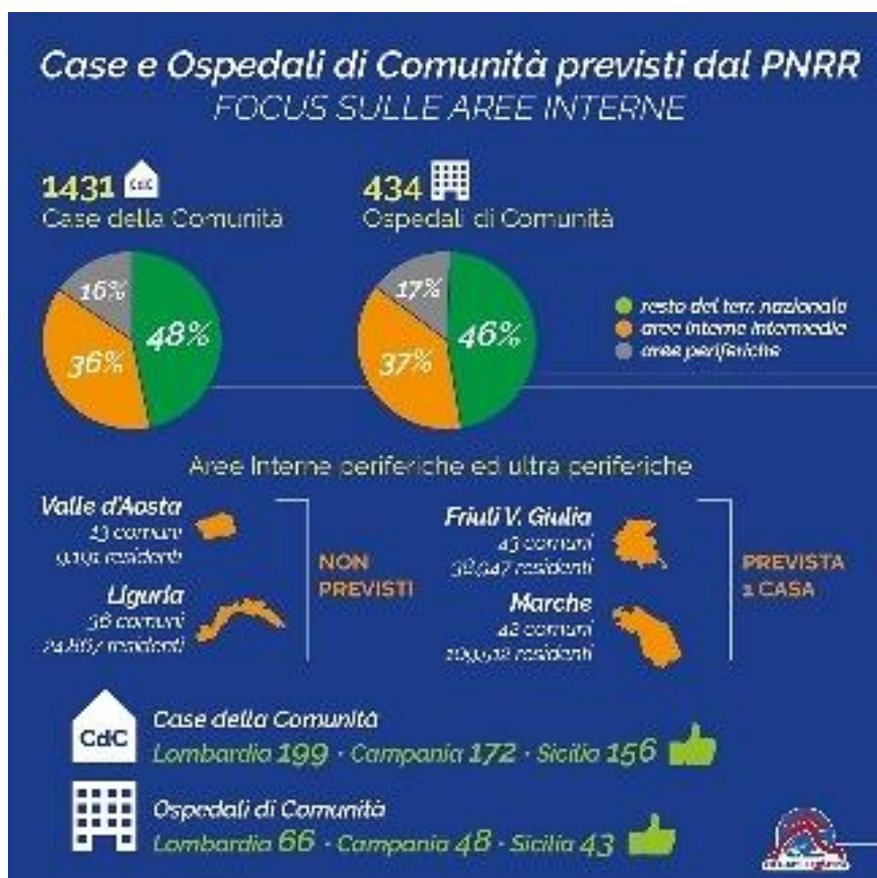


La desertificazione sanitaria in Italia: l'analisi di Cittadinanzattiva

I dati ufficiali raccolti ed analizzati da Cittadinanzattiva durante le diverse fasi del [progetto europeo AHEAD “Action for Health and Equity: Addressing Medical Deserts”](#) mostrano un dato allarmante che riguarda tutta l'Italia: dal Nord al Sud mancano medici, sia di famiglia che ospedalieri, ma anche infermieri e pediatri. In particolare, nelle zone periferiche ed ultraperiferiche delle aree interne sono evidenti gli effetti del cosiddetto fenomeno della desertificazione sanitaria. Questo si traduce in una diffusa e seria difficoltà delle persone che abitano questi territori ad accedere a cure adeguate, a causa della scarsità di personale sanitario, dell'inadeguatezza e, spesso, delle ampie distanze dalle strutture sanitarie e di lunghi tempi di attesa.

Purtroppo, il problema rischia di non essere colmato dai fondi messi a disposizione dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza): soltanto il 16-17% delle Case e degli Ospedali di Comunità, infatti, sarà realizzato in queste zone. Il sovraffollamento negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri è evidente soprattutto nel Nord del Paese, mentre la carenza di ginecologici ospedalieri colpisce, oltre Caltanissetta, dove c'è un ginecologo ospedaliero ogni 40.565 donne, anche Macerata, Viterbo, La Spezia e tre province della Calabria (Reggio Calabria, Vibo Valentia e Cosenza).

Questi sono alcuni dei dati emersi dal **Report che è stato presentato a Roma il 19 Gennaio 2023 da Cittadinanzattiva** nel corso della conferenza *“Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR”*, che ha rappresentato l'evento conclusivo della fase nazionale del progetto europeo **AHEAD**.



Il progetto ha visto la realizzazione di una prima fase al livello locale nella quale sono state realizzate due esperienze pilota: una a Piedimonte Matese in Campania e una ad Avola-Noto in Sicilia. In questi due contesti sono state realizzate attività che hanno consentito di raccogliere testimonianze e istanze delle maggiori parti interessate, come: rappresentanti di cittadini e pazienti, operatori sanitari e istituzioni locali a più livelli. Attraverso la conduzione di interviste, questionari e focus group, è stato possibile delineare un quadro esemplificativo della difficile situazione sanitaria in questi territori, in larga parte riconducibili al fenomeno della desertificazione sanitaria.

Infatti, tra le difficoltà emerse, si trovano:

- la carenza grave di medici per le cure primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta) e di specialisti;
- tempi di risposta del servizio emergenza/urgenza inaccettabili;
- mancanza di strutture adeguate a fare fronte alle emergenze (pronto soccorso e ospedali DEA¹ di I° livello), così come alle esigenze della medicina territoriale (mancata riattivazione dei poliambulatori chiusi).

Partendo da questo, Cittadinanzattiva ha ampliato la ricerca al livello nazionale – con non poche difficoltà, data la scarsità dei dati ufficiali a disposizione e non pubblicamente accessibili – con la finalità di analizzare tali aspetti su tutto il territorio nazionale. Si è così arrivati alla stesura di un Report – che, come anticipato, è stato presentato durante l’evento di carattere nazionale - contenente anche specifici focus regionali, elaborati da Cittadinanzattiva a partire dai dati ufficiali forniti dal Ministero della Salute relativi al 2020, riguardanti 5 diverse figure sanitarie (medici di base, pediatri di libera scelta, ginecologi ospedalieri, cardiologi ospedalieri e farmacisti ospedalieri) per ogni provincia italiana.

L’evento ha consentito di condividere le criticità emerse durante le due fasi pilota locali e le proposte atte a fronteggiarle, ma anche di procedere ad un’analisi degli ulteriori dati nazionali e di formulare proposte concrete per contrastare la desertificazione sanitaria nel paese. In particolare, grazie alla presenza di rappresentanti dei maggiori stakeholder nazionali, la conferenza ha permesso di:

- Denunciare in modo puntuale i bisogni di salute nelle aree interne del Paese a partire dal difficoltoso accesso alle cure, causato anche dalla desertificazione sanitaria, che non riguarda solo le 5 categorie professionali evidenziate dal progetto.
- Presentare uno [strumento online](#) – costituito da mappe interattive e realizzato nell'ambito del progetto AHEAD - contenente informazioni, per ciascuna provincia, su alcune categorie di professionisti sanitari impegnati negli ospedali pubblici (ginecologi ospedalieri, cardiologi ospedalieri e farmacisti ospedalieri) e nelle cure primarie (medici di base e pediatri di libera scelta). Questo strumento ha l’obiettivo di rendere accessibili e fruibili i dati raccolti a tutti e, in particolare, alle istituzioni e ai media.
- Riflettere su come le risorse previste dal PNRR possano rappresentare una incoraggiante risposta ai bisogni delle comunità locali.
- Confrontarsi sulle possibili soluzioni a carattere nazionale.

¹ Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione

A tale riguardo, a fronte della complessità del problema e tenendo conto della necessità di affrontare il nodo delle cure con un approccio sartoriale e partecipativo, sono state avanzate alcune proposte, elencate qui di seguito:

- 1) Stanziare più risorse per il personale e per l'avanzamento tecnologico (diffusione capillare della banda larga), specialmente nelle aree interne e remote che presentano maggiori criticità.
- 2) Garantire la formazione e l'aggiornamento delle competenze digitali del personale sanitario, anche grazie ad accordi e piattaforme ad hoc da mettere a punto in collaborazione con gli ordini professionali (per esempio per garantire servizi di tele-consulenza e tele-riabilitazione).
- 3) Fondamentale il dialogo tra tutte le parti interessate e garantire un approccio partecipativo in modo da assicurare politiche strutturali, coprogettazione e l'organizzazione dei servizi in grado di rispondere alle sfide in maniera coerente e consapevole.
- 4) Censimento, aggiornamento annuale e pubblicazione dei dati relativi ai professionisti sanitari a cura del Ministero della Salute e dei singoli Ordini Professionali.
- 5) La crescente disattenzione nei confronti delle fasce della popolazione che rientrano nell'età evolutiva fa sì che diventi imperativo raccogliere ed elaborare dati ed indicatori che consentano di adeguare e pianificare il lavoro di assistenza sanitaria dedicato a loro.
- 6) E' necessario che i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) misurino la qualità dell'assistenza territoriale erogata e sarebbe utile mettere a punto un atlante della desertificazione sanitaria che tenga conto di indicatori elaborati per ogni ASL (Azienda Sanitaria Locale). Tutto questo, al fine di poter procedere con un monitoraggio esteso e concreto delle azioni messe in atto.

È importante sottolineare l'impatto dei dialoghi politici nazionali in Italia, che è stato documentato in una serie di articoli pubblicati, consultabili [qui](#).

Tra questi, anche una dichiarazione di Stefano De Lillo, vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCEO) della provincia di Roma, riportata in questo [articolo](#). Si cita:

“Come Ordine siamo davvero molto preoccupati, perchè rischiamo di far venire meno nella nostra regione, a Roma e in particolare nella sua provincia, il cardine dell'assistenza territoriale del Sistema sanitario nazionale, ovvero quello rappresentato dai medici di base, che come tanti altri sanitari sono stati gli eroi della lotta alla pandemia. Ricordo che il 95% dei pazienti affetti da Covid è stato curato a domicilio e seguito da questi 'eroi' della medicina, i medici di base”. Lo afferma il vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Roma, Stefano De Lillo.

“Dei 5.000 medici in servizio fino a quattro anni fa- continua- adesso ne rimangono 4.400, il 30% dei quali andrà in pensione nei prossimi tre anni. Purtroppo attualmente nel Lazio ne mancano 440 e i corsi di formazione regionali non sono assolutamente in grado di soddisfare questa carenza. Il rischio è che, soprattutto nella periferia e in alcuni comuni della provincia ci siano aree sguarnite”.

“Non pensiamo- tiene a sottolineare il vicepresidente dell’Omceo Roma- che l’attuale idea di riforma della medicina territoriale, basata sulla creazione delle case di comunità, possa essere una risposta, se non con un investimento importante sul capitale umano dei medici e degli operatori sanitari, perché altrimenti si rischia esclusivamente di cambiare la targa alle case della salute, chiamandole poi case di comunità”.

“L’altro pericolo- precisa De Lillo- è quello di sperperare i soldi del Pnrr su investimenti di carattere immobiliare e non sul capitale umano costituito dai medici che devono operare sul territorio, siano essi medici di base, medici della continuità assistenziale o medici specialisti che possono realizzare quella rete capillare territoriale di cui una sanità efficiente e moderna ha bisogno”.

“Tutto questo- dichiara inoltre- va sicuramente a danno dei cittadini, che rischiano di avere, soprattutto nei prossimi anni, una difficoltà a reperire il medico di libera scelta e, in ogni caso, soprattutto per quelli residenti nei comuni più piccoli della provincia o nelle aree della periferia, il rischio più grande è quello di averlo a una distanza sempre maggiore, con zone territoriali scoperte dalla rete dei medici di famiglia”.

Eppure la soluzione c’è. “La ricetta passa dalla valorizzazione del medico, dell’operatore sanitario come cardine del Servizio sanitario nazionale. Bisogna investire maggiormente nella formazione di un numero sempre più elevato di medici, specializzando più medici, laureando più medici, formando più medici di medicina generale e soprattutto- conclude De Lillo- rendendo attrattiva questa professione e impedendo che i nostri giovani vadano all’estero, dove i medici hanno retribuzioni più alte”.

Commento finale

Come già accennato, una delle maggiori difficoltà riscontrate nell’avanzamento dei lavori condotti nell’ambito del Progetto AHEAD, ha riguardato la mancanza di dati certi, aggiornati e facilmente reperibili relativi al personale sanitario.

Questo, non solo non agevola la programmazione degli interventi e la destinazione delle risorse, ma crea anche questioni relative alla trasparenza di informazioni che dovrebbero essere facilmente accessibili, quantomeno agli addetti ai lavori.

Le riforme previste anche dal PNRR potranno avere gli effetti sperati, infatti, solo se all’investimento sulle strutture – case e ospedali di comunità in primis - si affiancherà un adeguato investimento sul personale sanitario. Allo stesso modo, occorre dislocare le strutture dedicate alla salute mirando al rafforzamento delle aree deboli del Paese, tenendo conto della natura dei territori e non soltanto di una logica aritmetica che guarda esclusivamente al numero di abitanti.

Per questa ragione, in occasione della 17ma Giornata Europea dei Diritti del Malato, in programma il 18 aprile 2023, Cittadinanzattiva promuoverà una mobilitazione nazionale e locale a difesa del SSN e per una riforma dell'assistenza territoriale che sia davvero a misura dei territori.

Approfondimenti

- **Quanti medici ci sono nella vostra città? Il database delle emergenze sanitarie.**
Pediatri per i bambini, ginecologi per le donne, cardiologi ospedalieri e medici di base: sono sempre meno e devono occuparsi di un numero crescente di pazienti. Ma la situazione cambia da città a città. Scoprite come si colloca la vostra provincia in base ai dati elaborati da Cittadinanzattiva. Pubblicata dal settimanale L'Espresso, la banca dati di Cittadinanzattiva è stata realizzata grazie al progetto europeo AHEAD, sulla base dei numeri forniti dal Ministero della Salute, e racconta che la crisi dei medici è drammatica, ma non ovunque allo stesso modo. [Per saperne di più](#) (IT)
- *Le autorità sanitarie locali hanno iniziato a considerare i dati pubblicati da Cittadinanzattiva per realizzare - attraverso le risorse del PNRR - una serie di interventi nelle aree interne volti a migliorare le condizioni di salute di cittadini e pazienti. Cfr. [Asl Chieti](#) (IT)*

Per saperne di più:

- *Il Rapporto, che contiene anche specifici focus regionali, può essere scaricato a [questo link](#) (IT)*
- *Per scaricare l'infografica, [cliccare qui](#) (IT)*
- *Per guardare la registrazione dell'evento, [clicca qui](#) (IT)*
- *Per leggere il programma della conferenza, [clicca qui](#)*
- *Per leggere la newsletter dedicata, [clicca qui](#)*
- *Per vedere il videomessaggio di Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale di Cittadinanzattiva, [clicca qui](#) (IT)*
- *Per vedere il videomessaggio dell'europarlamentare Patriciello, [clicca qui](#). (IT)*
- *Per leggere il comunicato stampa, [clicca qui](#)*
- *Per ascoltare il podcast, [clicca qui](#) (IT)*
- *Per guardare la galleria fotografica su FB, [clicca qui](#)*
- *Per saperne di più sulla "Strategia nazionale per le Aree Interne" [clicca qui](#)*
- *Uscite stampa: più di 100 articoli pubblicati in Italia, per scaricarne una selezione [clicca qui](#)*
- *Notizie/interviste audio/video (tutte in lingua italiana): [TG1 Mattina](#) (21 febbraio 2023, dal min. 36.07 al min. 28.10), [Agorà RaiTre](#) (3 febbraio 2023); [TAG24](#) (24 gennaio 2023, articolo e intervista audio); [QuiFinanza](#) (20 gennaio 2023, articolo e video).*
- *Per saperne di più sul progetto europeo AHEAD, [clicca qui](#) ([EN](#) - [IT](#))*