

La salute come bene comune nei processi di riforma dell'assistenza territoriale

A cura di Giorgio Siro Carniello



Villa Dora, San Giorgio di Nogaro | 6 Giugno 2026

LE SFIDE CHE AFFRONTA OGGI IL SSN



Finanziamento



Professioni Sanitarie



Liste d'attesa



Attuazione
PNRR

DM 77/2022



Ruolo Cure Primarie



Sanità digitale



Privato Accreditato



Sanità Integrativa

Ridefinire l'orizzonte: Dalla patogenesi alla salutogenesi



Il Modello Biomedico (Patogenesi)

- Focalizzato sull'assenza di patologia d'organo.
- Centrato sulla ricerca della causa della malattia.
- Elevato rischio di sovradiagnosi e consumismo sanitario.



La Visione Sistemica (Salutogenesi)

- La salute come ecosistema dinamico (fisico, psichico, ambientale, relazionale).
- Centrato sulla promozione delle risorse che generano resilienza.
- Riconosce la "One Health" e le "Sindemie" (l'intreccio tra biologia e fragilità sociale).

L'illusione medica e i veri determinanti della salute (Modello di Dever)



La salute non si “produce” in ospedale, ma viene autoprodotta dagli individui nel proprio contesto di vita e di comunità.

Una vita sana e prospera per tutti in Italia

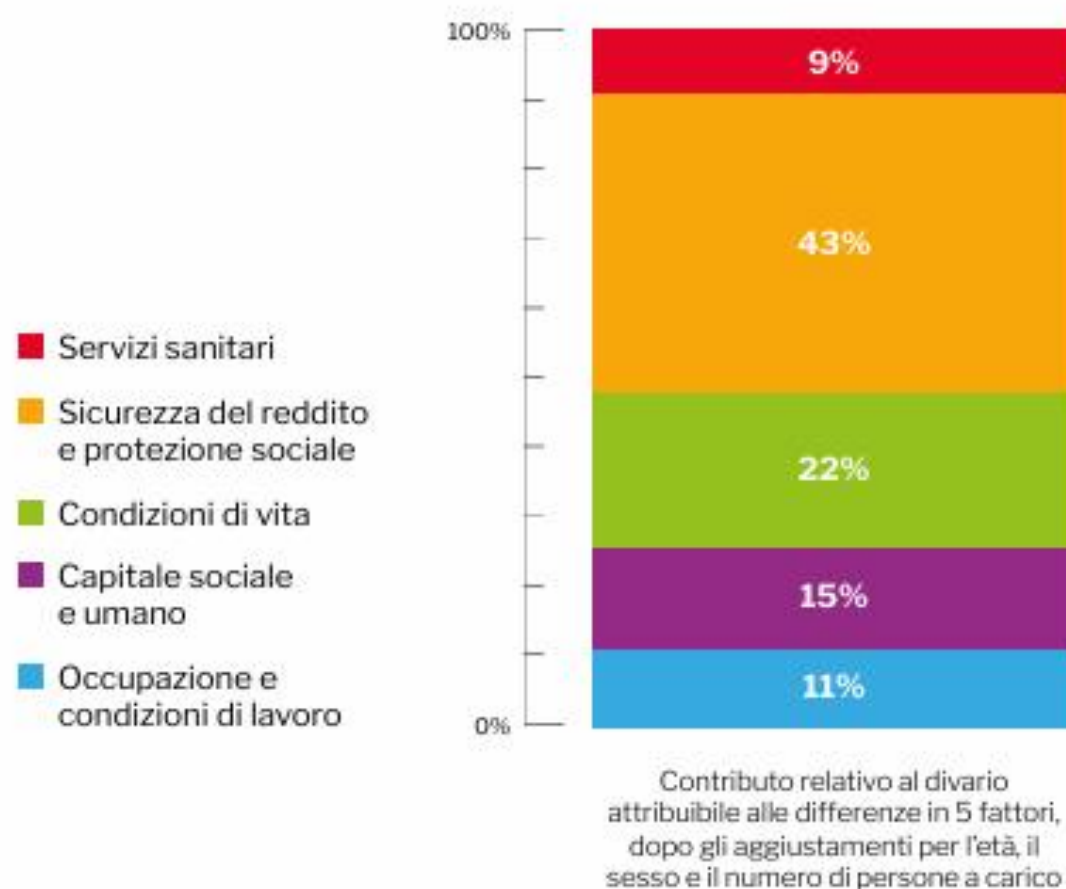


Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia
Relazione nazionale



Fonte: elaborazione degli autori basata sull'HESR europeo (3).

Fig. 0.1. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali che influenzano il divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.

Cosa determina davvero le differenze di salute tra ricchi e poveri?

01

Sicurezza del reddito e protezione sociale (43%)

Il fattore più importante che spiega le disuguaglianze di salute

02

Condizioni di vita e contesto abitativo

La qualità dell'ambiente in cui viviamo impatta profondamente la salute

03

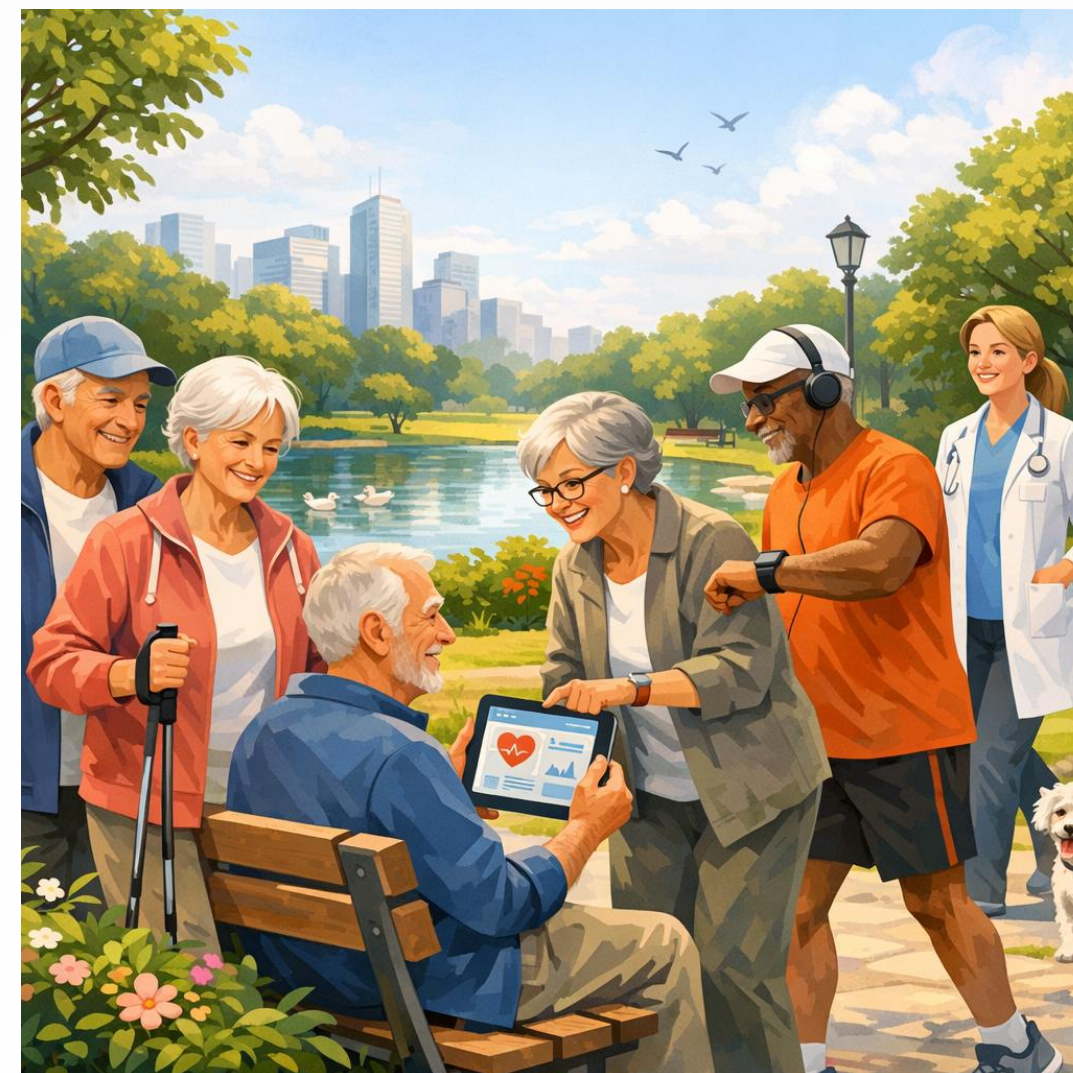
Relazioni sociali e capitale sociale

Le reti di supporto e il tessuto comunitario sono determinanti cruciali

04

Accesso ai servizi sanitari

Solo dopo i fattori precedenti arriva il sistema sanitario



La sanità non è il primo fattore che determina le disuguaglianze di salute.

La priorità strategica è progettare comunità, quartieri e contesti urbani che favoriscano naturalmente la salute e il benessere di tutti i cittadini

I Determinanti della Salute

Genetica

Solo il 10-20% della nostra salute dipende dai geni



Scelte Individuali

Le nostre decisioni quotidiane hanno un impatto enorme



Contesto

Oltre l'80% della salute dipende da noi e dal nostro ambiente



Comunità

L'ambiente sociale in cui viviamo determina la salute



Questo dato è rivoluzionario: la maggior parte della nostra salute dipende dalle nostre scelte individuali e di comunità, non dalla genetica



L'ESPOSOMA: come l'AMBIENTE modifica i nostri geni

L'esposoma rappresenta un concetto rivoluzionario nella scienza della salute: l'insieme di tutti i fattori ambientali a cui siamo esposti durante l'intera vita. Oggi sappiamo con certezza scientifica che i nostri comportamenti quotidiani modificano l'espressione dei nostri geni.

Grazie alle scienze omiche - genomica, proteomica, metabolomica - possiamo analizzare in dettaglio come le nostre scelte influenzano quali geni si esprimono, quali proteine vengono prodotte e come il nostro organismo reagisce al contesto ambientale. L'esempio della **solitudine** è emblematico: l'esposizione cronica all'isolamento sociale modifica le proteine che produciamo, aumentando significativamente il carico vascolare e il rischio cardiovascolare.

L'esposoma costituisce la totalità delle esposizioni — **chimiche, fisiche, sociali e biologiche** — vissute dal concepimento alla morte. In sintesi: è l'impronta che il mondo esterno lascia sul nostro corpo.

UNA NUOVA PROSPETTIVA

L'esposoma come direttore d'orchestra



Il genoma è lo spartito che ereditiamo alla nascita. L'esposoma è il direttore d'orchestra che guida l'espressione dei nostri geni.

- ❶ Solo il 10-20% delle malattie dipende strettamente dalla genetica: il resto è influenzato dall'ambiente.

I Tre Pilastri dell'Esposoma



Esterno Generale

Clima, inquinamento, contesto urbano e rumore: l'ambiente macro che ci avvolge.



Esterno Specifico

Dieta, attività fisica, fumo, stress e uso di farmaci: le scelte quotidiane.



Interno

Risposte biologiche come infiammazione, stress ossidativo e microbioma.

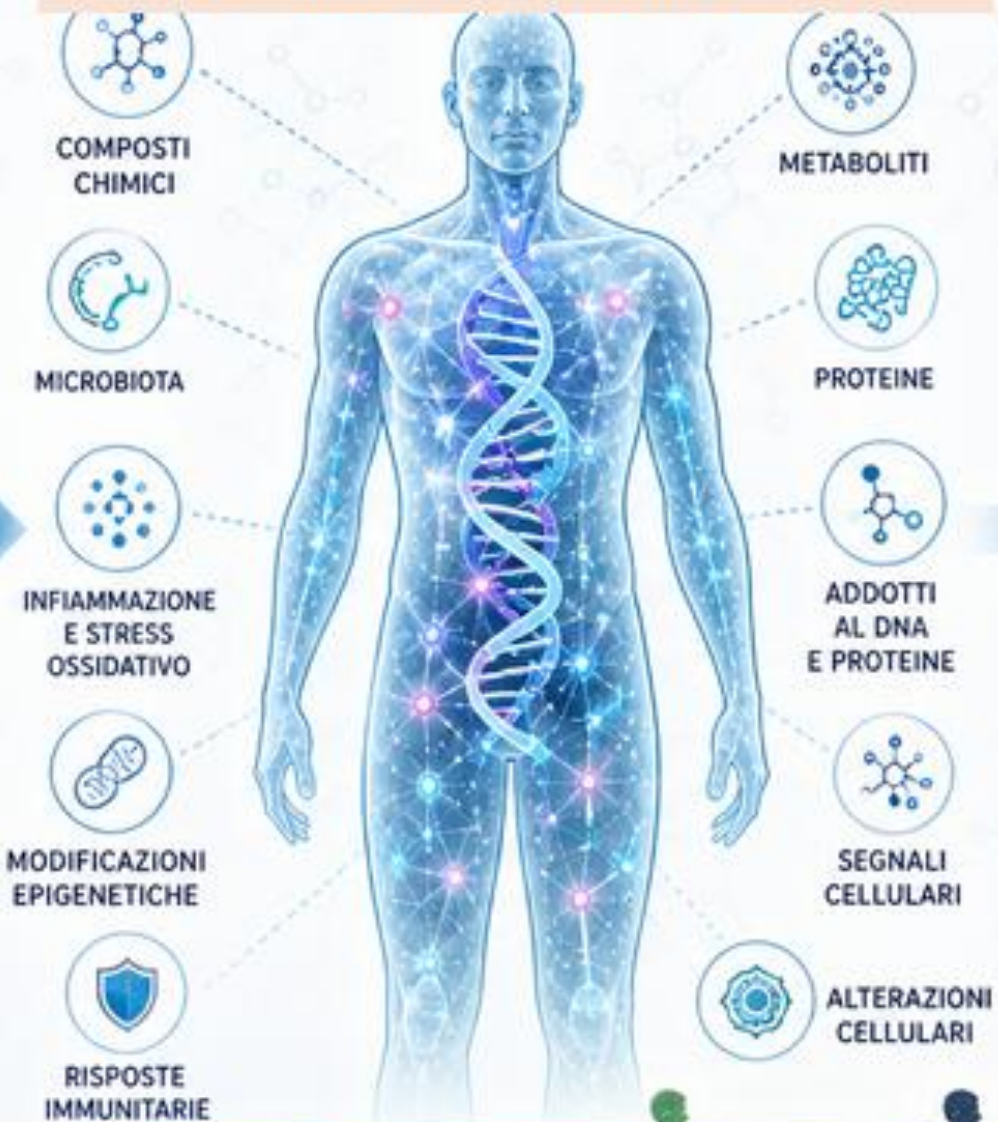
FATTORI ESOGENI

L'AMBIENTE CHE CI CIRCONDA



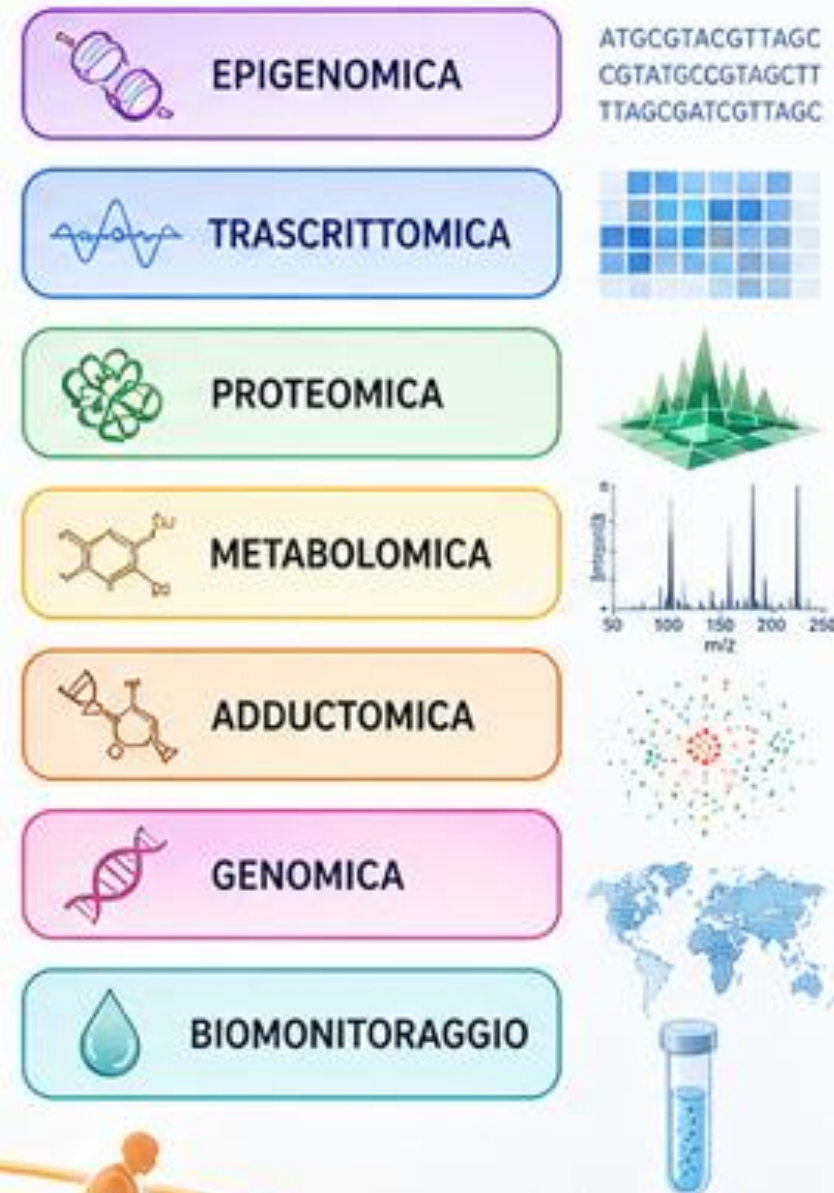
ESPOSOMA INTERNO

Adattamento biologico personale ai fattori esterni (misurabile attraverso le omiche)



SCIENZE OMICHE

TECNOLOGIE PER COMPRENDERE L'IMPATTO DELL'ESPOSOMA



PRECONCEPIMENTO

INFANZIA

ADOLESCENZA

ETÀ ADULTA

ANZIANITÀ



L'ESPOSOMA ACCOMPAGNA LA NOSTRA VITA: DALL'AMBIENTE ALLA BIOLOGIA, PER COMPRENDERE LA SALUTE IN OGNI FASE DELLA VITA

Il Significato di SALUTE: oltre la definizione tradizionale

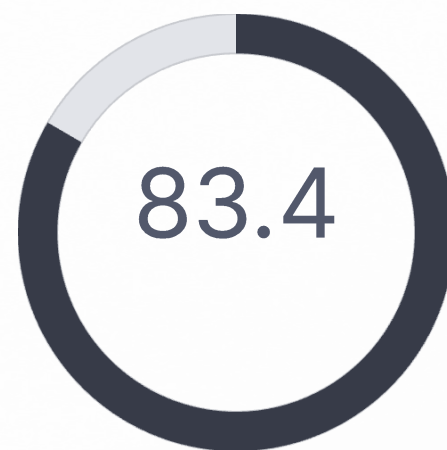
La salute non è solo assenza di malattia. È adattamento, capacità di contestualizzazione e autogestione. Questo passaggio concettuale è fondamentale e spesso non scontato per professionisti e cittadini.

Il BEN-ESSERE si articola in quattro dimensioni interconnesse secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità: economico, sociale, umano e planetario. Non possiamo perseguire una dimensione senza considerare le altre - sono intrinsecamente legate in un equilibrio delicato.

Questa visione olistica ci obbliga a ripensare le nostre strategie di intervento, andando oltre il modello biomedico tradizionale per abbracciare un approccio sistemico che tenga conto della complessità della vita umana.



La Sfida della Longevità: Il Paradosso della Disabilità



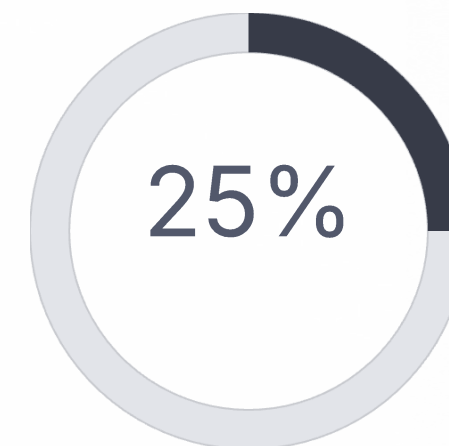
Anni di Vita Media

In crescita costante rispetto al 2019



Anni Senza Disabilità

In preoccupante calo da 61 anni nel 2019



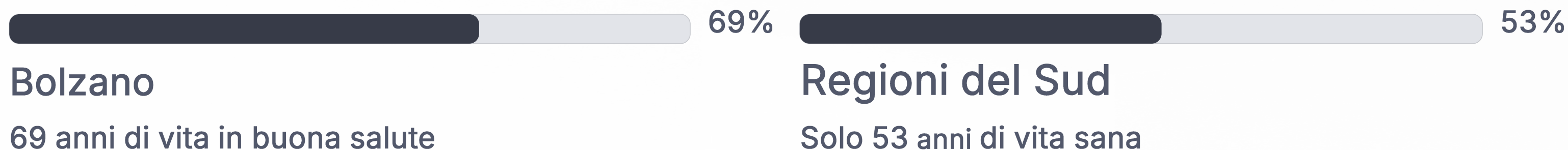
Anni con Patologie

Viviamo circa un quarto della vita con disabilità o limitazioni

Il paradosso della longevità: viviamo più a lungo ma ci ammaliamo prima. Nessun sistema sanitario al mondo è finanziariamente sostenibile se non interveniamo drasticamente su questa curva di disabilità. La sfida cruciale non è solo vivere più a lungo, ma ritardare il più possibile l'insorgenza delle patologie croniche e della perdita di autonomia.

Disuguaglianze territoriali drammatiche

Anni di Vita in Buona Salute: Il Divario Nord-Sud



Bolzano

69 anni di vita in buona salute

Regioni del Sud

Solo 53 anni di vita sana

La differenza è mostruosa e inaccettabile. È la dimostrazione empirica del famoso "pollo di Trilussa" - la media statistica nasconde disuguaglianze profonde: c'è chi ne mangia tanto e chi non ne mangia affatto.

Queste stesse differenze drammatiche, seppur talvolta meno marcate, esistono anche all'interno della nostra stessa regione, tra territori diversi, tra centro urbano e periferie, tra aree montane e pianeggianti. Questa è l'altra grande sfida del nostro tempo: ridurre sistematicamente le disuguaglianze territoriali di salute attraverso politiche mirate e investimenti strategici.

La transizione demografica impone un nuovo modello di sostenibilità



● **370.000**

Minimo storico di nascite in Italia registrato nel 2024.

● **4 Milioni**

Il numero di anziani in Italia che vivono in condizioni di non autosufficienza.

● **Polipatologie Croniche**

Interessano oltre il 50% degli over 65 e superano il 75% negli over 85.

L'aumento della longevità non corrisponde linearmente a un prolungamento degli anni vissuti in salute. Il sistema attuale non può reggere questo impatto in isolamento.

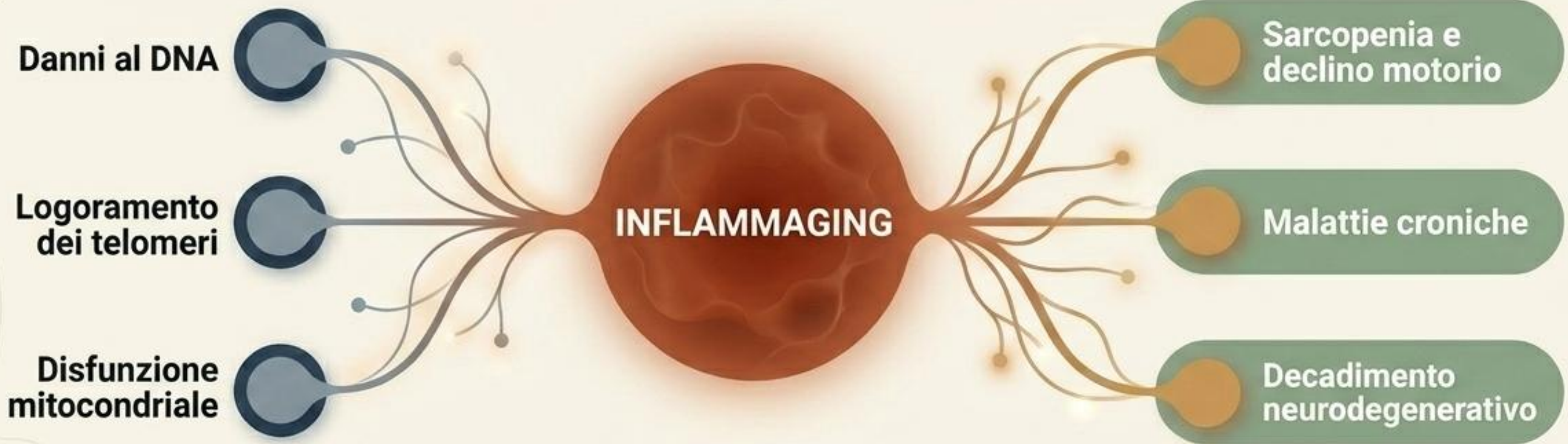
L'Esplosione Demografica della Quarta Età



Il fenomeno più rilevante e sfidante dal punto di vista sanitario e sociale è l'espansione esponenziale della "Quarta Età" o dei "Grandi Anziani" (over 80), che sta mettendo a durissima prova i sistemi sanitari, previdenziali e di assistenza sociale in tutta Europa.



La biologia dell'invecchiamento: Il ruolo silente dell' Inflammaging



Il progressivo accumulo di **danni molecolari** innesca una **risposta immunitaria anomala**.

Inflammation sterile, cronica, sistemica e di basso grado (marcatori elevati di PCR, IL-6, IL-8).

Costituisce il **substrato patogenetico comune della non autosufficienza**.



LOW GRADE CHRONIC INFLAMMATION



SFIDA CLINICA

Dalla Malattia Acuta alla Multicronicità

Il cambiamento demografico si accompagna inevitabilmente a una profonda mutazione epidemiologica. Il nemico della salute pubblica non è più principalmente l'infezione acuta e transitoria, ma la cronicità persistente. La multicronicità è definita come la coesistenza simultanea di due o più patologie croniche nello stesso individuo.

Esempi Clinici Tipici

- Ipertensione arteriosa e diabete mellito tipo 2
- Scompenso cardiaco cronico e artrosi degenerativa
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e sindromi demenziali
- Politerapia conseguente: 5-10 farmaci diversi assunti quotidianamente

Nuovo Paradigma Necessario

È necessario e urgente passare a un **approccio olistico e integrato, centrato sulla persona nella sua globalità** e non sulla singola patologia isolata, valutando in modo coordinato parametri biologici, funzionali, cognitivi e socio-relazionali.

La fragilità: uno stato reversibile

La fragilità non è sinonimo di disabilità. È uno stato dinamico caratterizzato dalla progressiva incapacità a rispondere ad eventi stressanti, che può essere prevenuto e controllato.



L'individuazione precoce della fragilità è obiettivo strategico per migliorare la qualità della vita e contenere la spesa sociosanitaria

Lo spettro della fragilità: Una vulnerabilità reversibile, non un destino

La fragilità è uno stato dinamico di ridotta riserva fisiologica, profondamente distinto dalla disabilità stabilizzata.

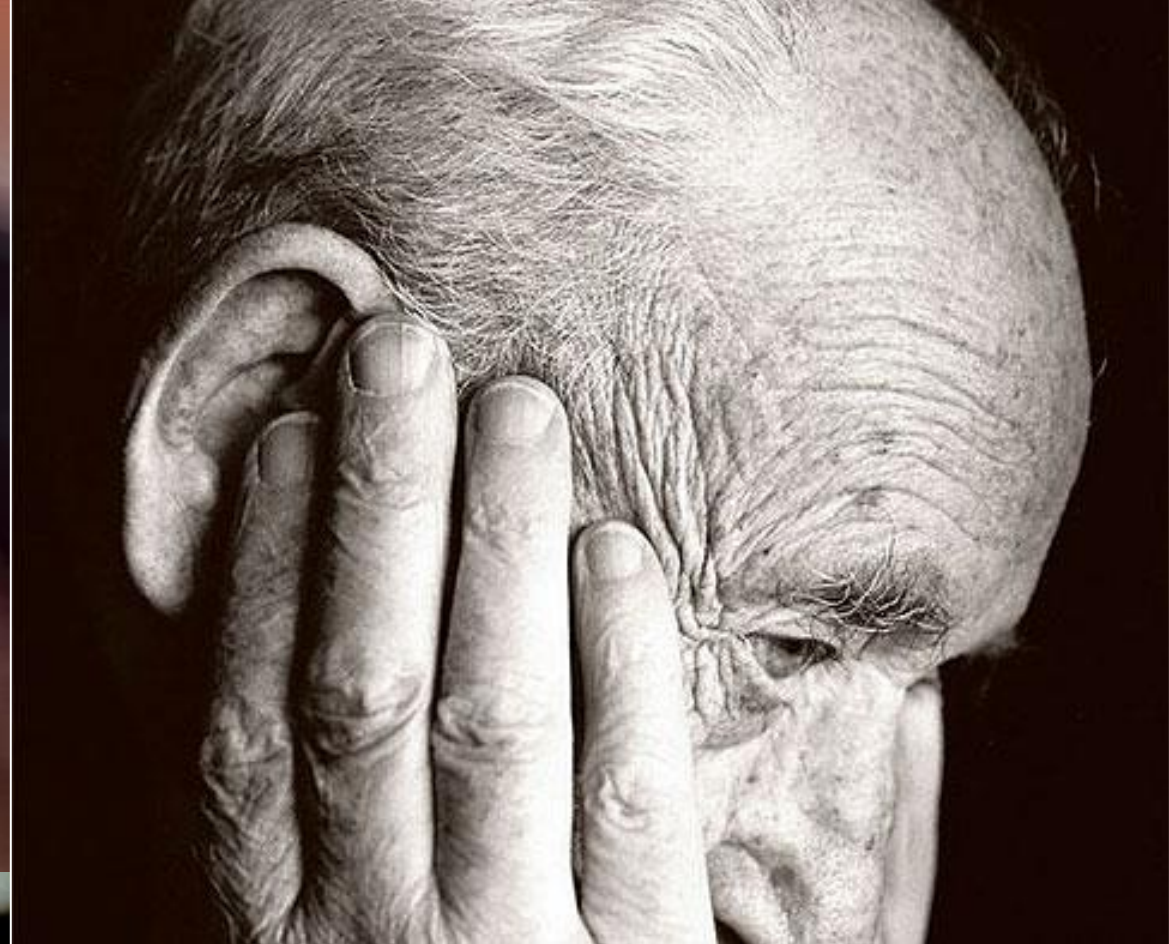


I 5 Parametri (Fenotipo di L. Fried):

1. Perdita di peso involontaria
 2. Astenia
 3. Ridotta forza muscolare
 4. Ridotta velocità del cammino
 5. Bassa spesa energetica
- (1-2 alterazioni = Pre-fragilità; >2 = Fragilità)

Attenzione: Polifarmacoterapia

Pericolo generato dall'assunzione di >5 farmaci/giorno.
Necessaria deprescrizione guidata da equipe multiprofessionali territoriali.



SOLITUDINE: un'epidemia silenziosa con effetti letali

14-65 Anni

Il 30-40% non ha una rete sociale stabile a cui rivolgersi in caso di emergenza personale o familiare

Over 65

La percentuale sale drammaticamente, con isolamento sociale cronico e mancanza di supporto quotidiano



La solitudine non è solo un disagio psicologico o esistenziale: **aumenta del 30% il rischio di infarto miocardico e ictus cerebrale**. Oggi le neuroscienze ci spiegano il perché con precisione molecolare: l'esposizione prolungata all'isolamento sociale modifica profondamente le proteine che il nostro organismo produce, aumentando drammaticamente il carico infiammatorio vascolare.

I nostri comportamenti e il nostro contesto sociale cambiano letteralmente la nostra biologia. In questo caso specifico, ci adattiamo biologicamente con insuccesso all'isolamento, **aumentando significativamente il rischio di mortalità precoce**. Combattere la solitudine significa letteralmente salvare vite umane.

L'Epidemia silenziosa della solitudine



5,8 Milioni di Persone Sole

Persone over 65 che vivranno sole nel 2042, con un incremento drammatico del 42% in soli vent'anni



Impatto Devastante sulla Salute

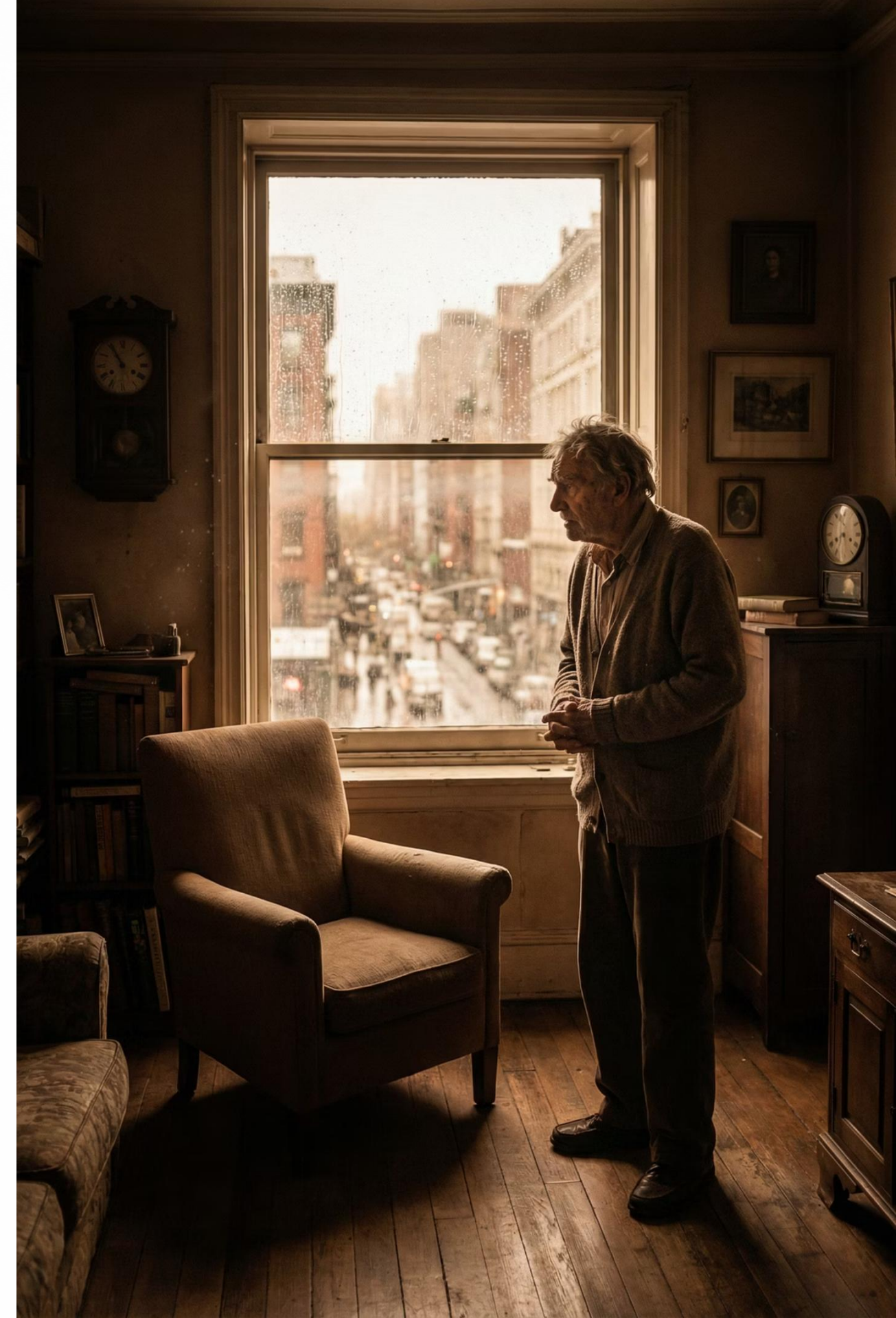
La solitudine cronica è un determinante negativo di salute potente quanto il fumo di sigaretta o l'obesità grave



Conseguenze Cliniche Gravi

Declino cognitivo accelerato, eventi cardiovascolari maggiori, depressione severa, ridotta capacità di autogestione delle patologie

Le profonde trasformazioni della struttura familiare tradizionale hanno progressivamente eroso le reti informali di prossimità che storicamente garantivano supporto quotidiano, assistenza reciproca e protezione sociale diffusa. **Combattere sistematicamente la solitudine significa fare prevenzione sanitaria primaria di altissimo impatto ed efficacia.**





La Crisi del Modello Ospedalocentrico

Modello Tradizionale



Ospedale come tempio esclusivo della medicina, concentrazione tecnologica delle risorse sanitarie

Rischi per l'Anziano Fragile



Delirium acuto, infezioni nosocomiali gravi, immobilizzazione forzata, perdita rapida di autonomia

Nuovo Paradigma

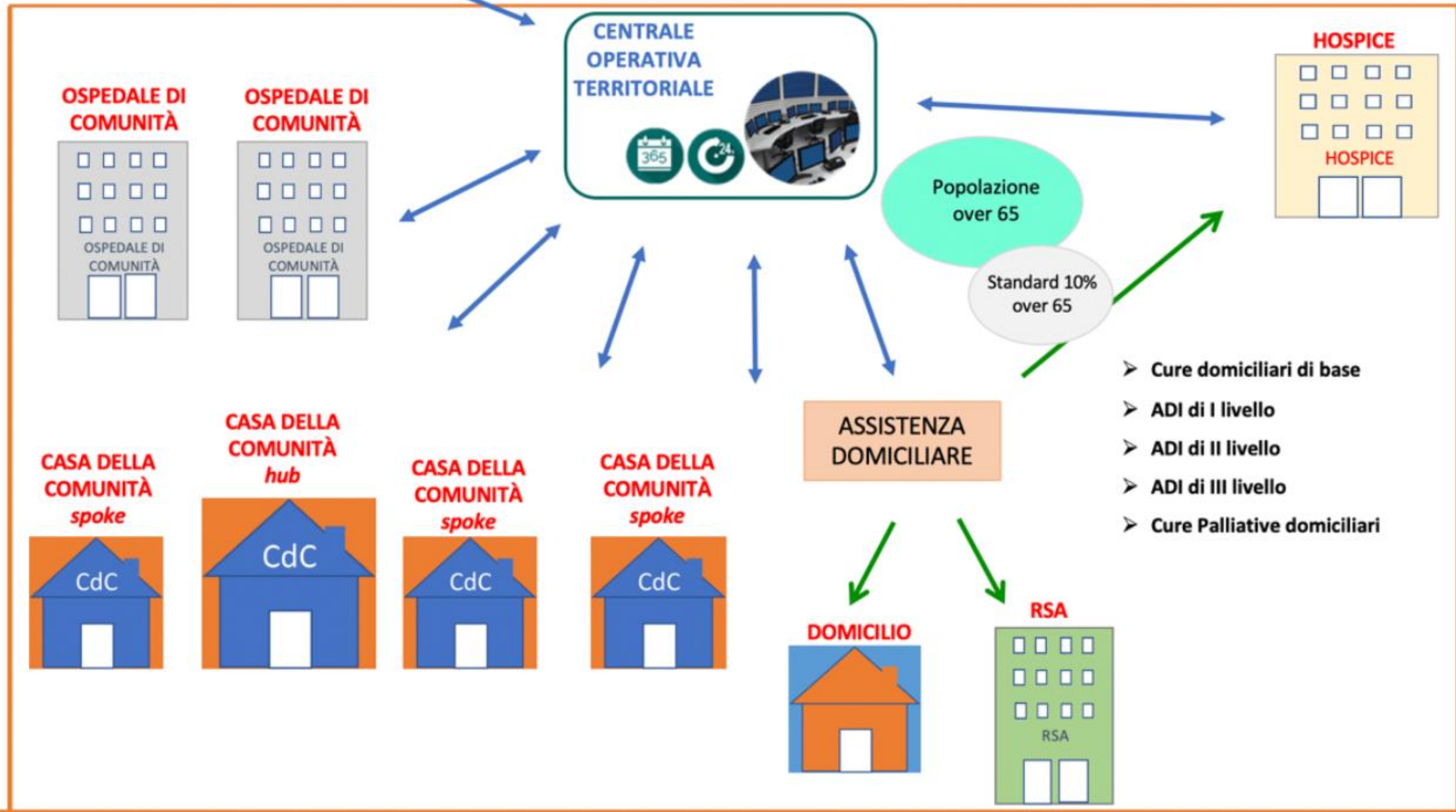


Territorialità radicale delle cure: la cura va proattivamente verso il malato, nella sua casa e nel suo quartiere

Si passa strategicamente da una logica puramente "prestazionale" e frammentata a una logica innovativa di "presa in carico globale" della persona, garantendo continuità assistenziale reale e efficace tra ospedale e domicilio secondo le linee guida del DM 77/2022 e le missioni strategiche del PNRR Salute.



NUMERO UNICO EUROPEO
116117
PER CURE NON URGENTI



OSPEDALE DI
COMUNITÀ

OSPEDALE DI
COMUNITÀ

CENTRALE
OPERATIVA
TERRITORIALE

HOSPICE

HOSPICE

Popolazione
over 65

Standard 10%
over 65

CASA DELLA
COMUNITÀ
spoke

CASA DELLA
COMUNITÀ
hub

CASA DELLA
COMUNITÀ
spoke

CASA DELLA
COMUNITÀ
spoke

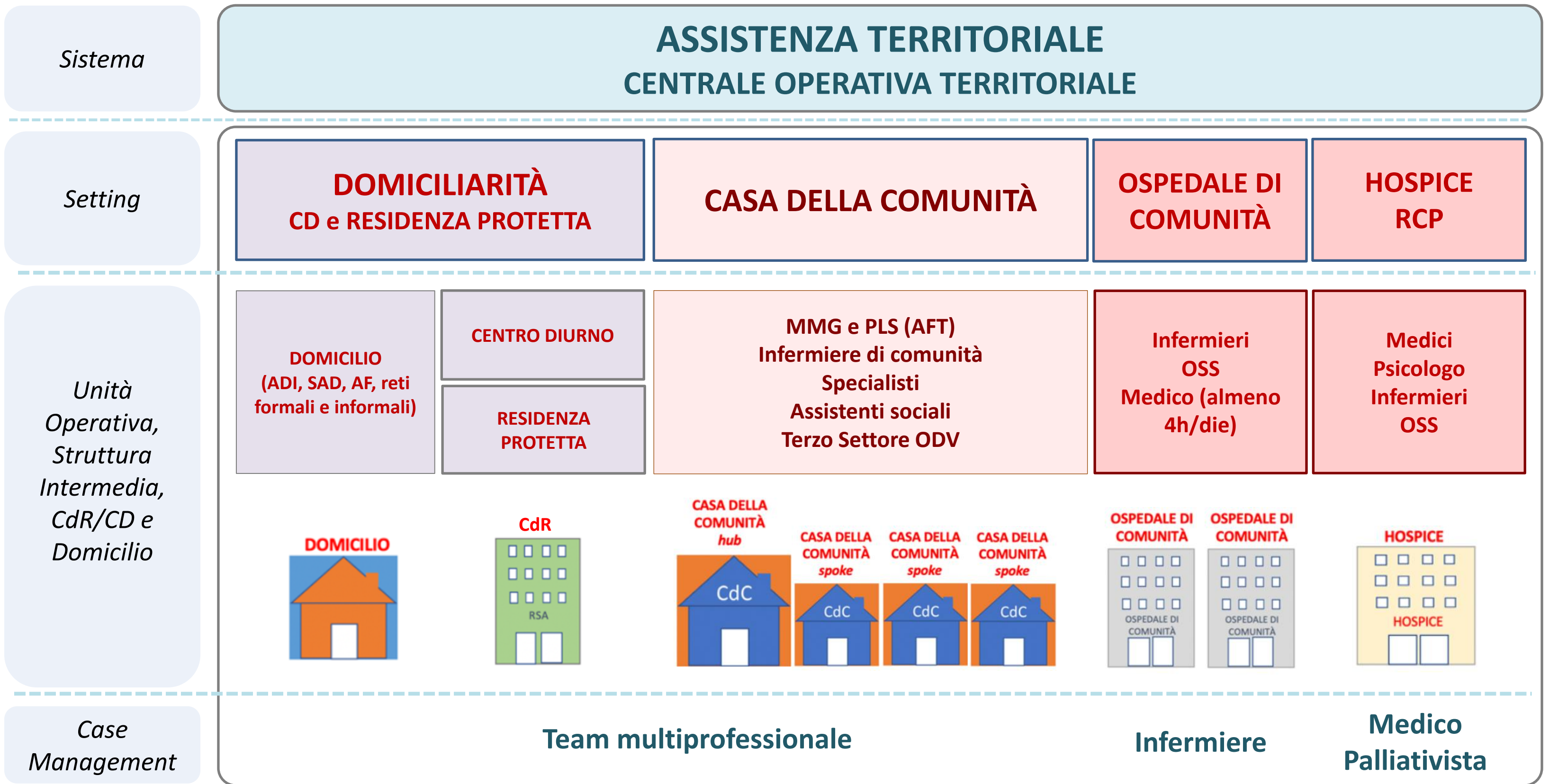
ASSISTENZA
DOMICILIARE

- Cure domiciliari di base
- ADI di I livello
- ADI di II livello
- ADI di III livello
- Cure Palliative domiciliari

DOMICILIO

RSA

DISTRETTO (100.000 abitanti)



Distretto (100.000 abitanti)

L'infrastruttura etica delle riforme per l'integrazione socio-sanitaria

Base dei Principi Etici e Integrati

Livello Nazionale (DM 77/2022)

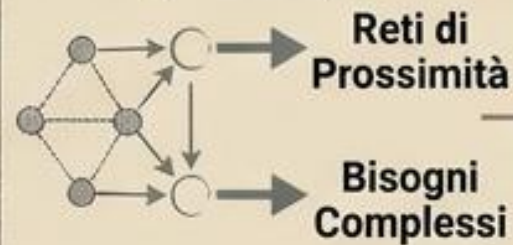
Pone la casa come primo luogo di cura.

Istituisce Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e l'Infermiere di Famiglia.



Livello Regionale (L.R. 22/2019)

Afferma l'integrazione socio-sanitaria come presupposto cardine per assicurare risposte coordinate alle reti di prossimità per i bisogni complessi.



Innovazione Disabilità (L.R. 16/2022)

Trasferimento dei servizi LEA disabilità ai distretti sanitari.

Istituzione del Fondo Sociosanitario per la Disabilità e garanzia del progetto di vita.



Fondazione Strutturale Unificata

Il rischio del prestazionalismo e la Domanda di Fallimento



Failure Demand (John Seddon):
Il cittadino frammentato tra dipartimenti non coordinati rimbalza nel sistema, intasando pronto soccorso e spreco risorse pubbliche.

La Deriva Tecnocratica

Rischio di ridurre la cura a prestazioni tecniche, tariffate e parcellizzate, trasformando i servizi in erogatori meccanici.

La Rete di Prossimità

Una risposta olistica e tempestiva al bisogno reale, che previene l'emergenza intervenendo a monte del fallimento.



Il cambio di prospettiva: Dal 'Fare Per' al 'Fare Con'

"A shift from 'doing to' people to 'doing with' people." – The King's Fund

IL MODELLO PASSATO: FARE PER

Approccio paternalistico

Servizi disegnati dall'alto

Paziente passivo

Focus sulle prestazioni

Sistema centrato sull'organizzazione

IL NUOVO MODELLO: FARE CON

Approccio collaborativo

Servizi co-progettati

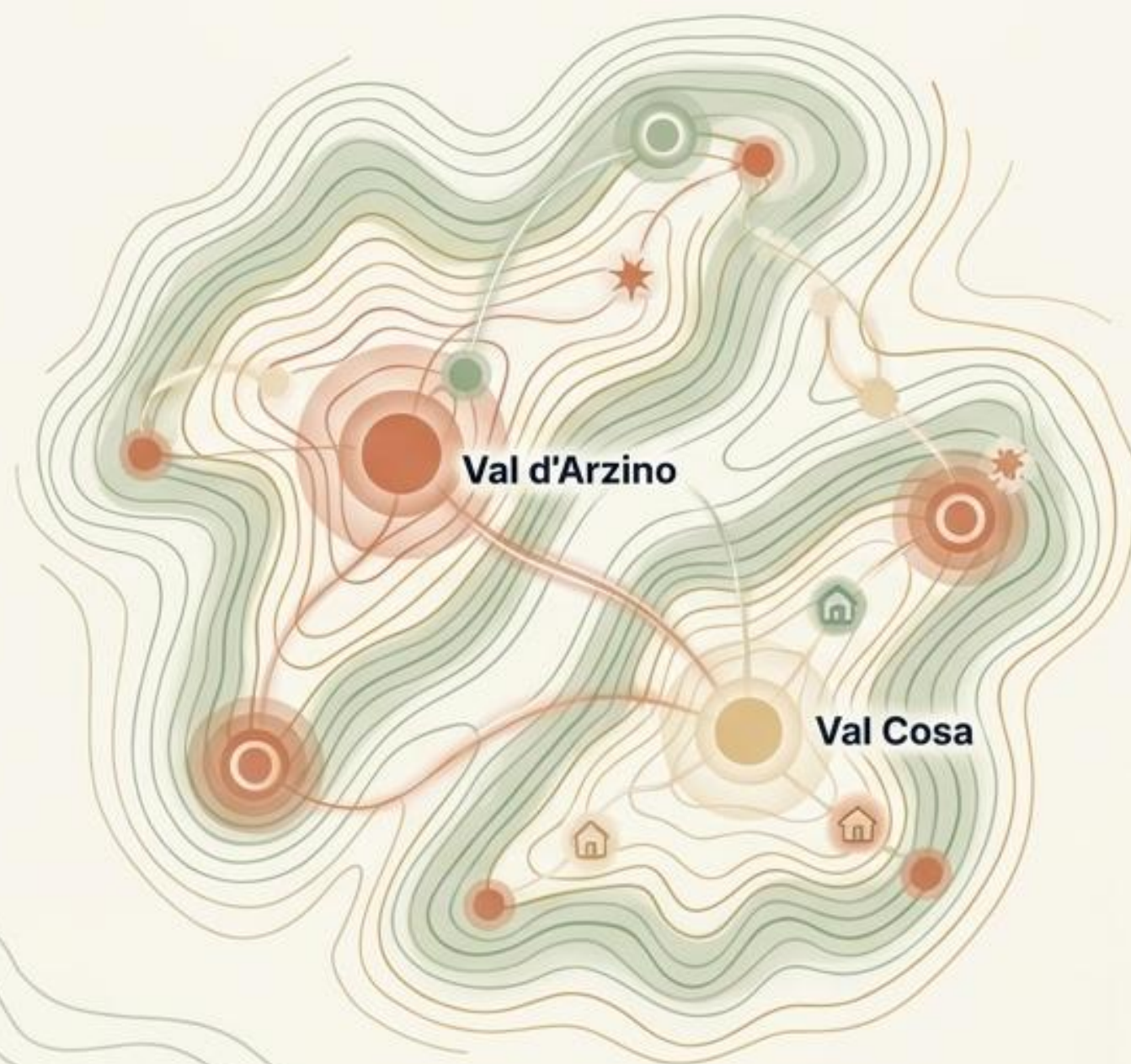
Persona attiva

Focus sulle relazioni

Sistema centrato sulla comunità

La prova di fattibilità: Il modello sperimentale delle Aree Interne

Il progetto della Val d'Arzino e della Val Cosa dimostra che la **cura di prossimità non è un'utopia teorica**, ma una **prassi applicabile**.



Soluzioni Esportabili (Le Lezioni Apprese)



1. Co-programmazione Comunitaria

Applicazione dell'Art. 55 Codice Terzo Settore per la pianificazione condivisa.



2. Telemedicina

Uso intelligente per connettere stabilmente gli Infermieri di Comunità e i Medici di Base.



3. Farmacia dei Servizi

Attivazione delle farmacie rurali come presidio locale e punto di accesso primario.



4. Laboratori Intergenerazionali

Sviluppo di hub sociali in sinergia diretta con le scuole del territorio.

Sintesi: L'Ecosistema del Welfare di Comunità



Il Terzo Settore: Da Stampella a Co-Protagonista

Il Terzo Pilastro

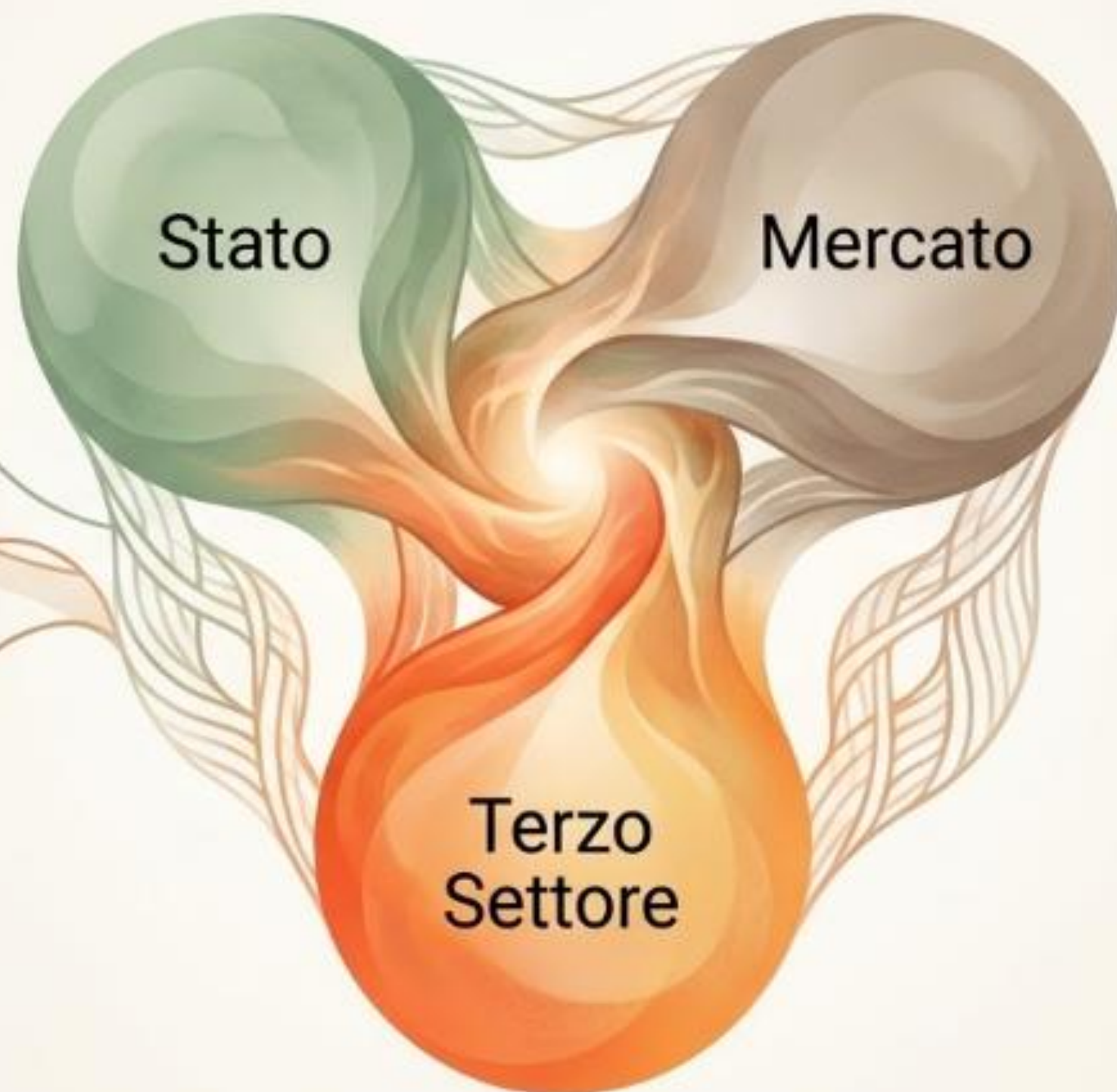
Al fianco di Stato e Mercato, la comunità organizzata (Associazioni, ETS, OdV) è il motore della salute pubblica.

Il Nuovo Modello Legale e Culturale

Superamento della logica dell'appalto a favore della Co-programmazione e Co-progettazione (art. 55 Codice del Terzo Settore).
Le Associazioni come pares inter pares, con pari dignità e capacità propositiva.

Il Valore Aggiunto

Supporto emotivo, alfabetizzazione sanitaria e decodifica dei bisogni reali del territorio.



Sintesi strategica: La salute come bene comune e co-prodotto

L'Integrazione

La sfida dell'invecchiamento e delle cronicità (le Sindemie) non può essere risolta solo con budget sanitari o tecnologie isolate.

Il Principio di Sussidiarietà

L'Amministrazione Condivisa non è una procedura burocratica, ma l'edificazione di un welfare centrato sui legami comunitari.

Il Risultato

La salute si produce dove le persone nascono, vivono e invecchiano, attraverso la cooperazione tra Istituzioni pubbliche, Terzo Settore e Cittadinanza.

Per una società solidale e resiliente

Sentirsi comunità significa condividere valori, prospettive, diritti e doveri, riconoscendosi parte di un futuro comune da progettare e costruire assieme.

La vera transizione non è tecnologica, è umana.
Il passaggio dal **Fare Per** al **Fare Con** è l'unica via per garantire la qualità della vita dei più vulnerabili nel cuore del nostro territorio.