



DAL LIBRO BIANCO DI WELFAIR 2024

Una governance comune per la salute vascolare

Gaetano Lanza, Presidente della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

– SICVE

Le Malattie Vascolari rappresentano una delle grandi cause di mortalità nel nostro Paese, venendo subito dopo l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale. Sono strettamente connesse all'insorgenza di patologie cardiache e cerebrali e per questo richiedono un piano nazionale di cure e prevenzione al pari delle altre grandi cause di morbidità.

La neonata Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni dei Pazienti per le Malattie Vascolari, la cui firma costitutiva è avvenuta a Welfair 2024, nasce per trasformare questo bisogno in realtà, ponendo le basi di un nuovo approccio di cura e prevenzione che tenga conto delle opportunità offerte dal PNRR, del rapporto tra i Centri di Cura ospedalieri e le Reti di Patologie Cardio-Cerebro-Vascolari, tra le Centrali e Ospedali di territorio con gli ambulatori specialistici e di Medicina Generale e che possa coinvolgere le rappresentanze di cittadini e di pazienti per campagne di sensibilizzazione e educazione pubblica. La Consulta coordinerà l'azione di advocacy degli specialisti nell'interlocuzione con le istituzioni fornendo ai diversi livelli di governance azioni concrete sulle quali basare la programmazione dei servizi e la comunicazione ai cittadini in accordo con i vari stakeholder.

Alla Plenaria di presentazione a Welfair 2024 La Fiera del Fare Sanità di Roma Fiera sono intervenuti i Presidenti delle Società e Associazioni che formano la Consulta, destinata ad accogliere altre Società e Associazioni. Oltre al Coordinatore **Gaetano Lanza** Presidente della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare - SICVE, sono intervenuti anche:

- Roberto Di Mitri, Presidente della Società Italiana di Flebologia – SIF;
- Francesco Stillo, Past President e Raul Mattassi Presidente della Società Italiana per lo Studio delle Anomalie Vascolari – SISAV;
- Claudio Novali, Presidente dell'ASSOCIAZIONE PAZIENTI PREVENZIONE MALATTIE VASCOLARI;
- Maurizio Ronconi, Presidente dell'Associazione Flebologica Italiana – AFI;
- Angelo Santoliquido, Presidente del Collegio Italiano di Flebologia – CIF;
- Maurizio Pagano, Presidente della Società Italiana di FleboLinfologia – SIFL.

La Consulta non si pone in alternativa alle varie società scientifiche e associazioni che la compongono o con le quali si interfaccia ma vuole risultare complementare a esse, specie in quelle iniziative nelle quali le singole società e associazioni sono poco efficienti o efficaci da sole.

L'obiettivo principale della Consulta è fare fronte comune per indirizzare le Istituzioni verso azioni di prevenzione diffuse e l'aumento delle risorse economiche a disposizione per prevenzione, diagnosi e cura delle Malattie Vascolari. Quindi promuovere il confronto in tavoli tecnici con Ministeri, ISS, Agenas, in particolare su DM70, DM77, PNRR, Reti di Patologie, Reti Ospedali Territorio, PDTA regionali, ecc.

Altri obiettivi non secondari sono: campagne di sensibilizzazione e educazione pubblica, di prevenzione primaria e secondaria, programmi di presa in carico dei pazienti con malattie vascolari quali telemedicina, sperimentazione e controllo di wearables, applicazioni dedicate informative e educative per dispositivi mobili, progetti di ricerche applicate e di sviluppo di nuove tecnologie digitali (AI, metaverso, ecc).

Per saperne di più

Coordinatore della Consulta - Dr Gaetano Lanza - gaetanolanzamm@gmail.com





La Rete Nazionale per le Urgenze Chirurgiche Vascolari Tempo Dipendenti. DM70 e 77: criticità e soluzioni per la Chirurgia Vascolare

a cura di SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare)

Razionale

Manca in Italia e occorre quindi istituire una Rete Nazionale per le Emergenze Urgenze Chirurgiche Vascolari Tempo-Dipendenti quali aneurismi/disseccazioni/ sindrome aortica acuta, aneurismi sintomatici periferici, ischemie acute o critiche di arti, steno ostruzioni carotidee sintomatiche, trombosi venose a rischio, altro. Sono queste patologie ad alto impatto epidemiologico e ad elevata mortalità e morbilità, riducibili solo se trattate in modo tempestivo e in centri di chirurgia vascolare adeguati. La Rete è sinonimo di:

- a. maggior efficienza del sistema sanitario;
- b. appropriatezza di ricovero in termini di minor tempo possibile e nel centro ospedaliero più vicino e più idoneo a seconda della complessità della patologia e del paziente (ricovero in centro Hub o Spoke);
- c. maggior beneficio per pazienti, familiari, caregivers, operatori socio-sanitari. è opportuno che la Rete risulti da una stretta e continua collaborazione tra la SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) e le Istituzioni nazionali e regionali e tenga conto dell'attuale distribuzione sul territorio nazionale delle chirurgie vascolari, censite costantemente dalla SICVE, e dell'eventuale programmazione da parte delle Regioni, in base ai bisogni e ai bacini d'utenza quali/quantitativi.

Per questo è opportuno individuare anche alcune obiettive criticità derivanti dai DM70 e 77 e indicare revisioni e soluzioni appropriate.

Istituzione di una Rete per le Urgenze Vascolari Tempo-Dipendenti

Dall'analisi delle diverse linee di indirizzo regionali e nazionali in tema di riorganizzazione della rete ospedaliera, ed in particolare da DM 70/2015 e dalla bozza di revisione presentata dal Ministero, emerge che la Chirurgia Vascolare è riconosciuta **Disciplina Hub**, trattandosi di Specialità che si occupa di patologie in emergenza- urgenza ad alta complessità (**Chirurgia Vascolare di II Livello**).

Anche per le considerazioni espresse di seguito al punto successivo e per le seguenti si ritiene opportuno prevedere la presenza di una U.O. di Chirurgia Vascolare (struttura complessa o semplice-dipartimentale) anche nell'ambito della rete

Spoke (**Chirurgia Vascolare di I Livello**). Queste le altre considerazioni che giustificano la creazione o il riconoscimento di UU.OO. di Chirurgie Vascolari di I Livello

o Spoke:

- la costante crescita delle urgenze vascolari di media complessità (ischemie di natura cardioembolica, ischemie critiche degli arti, Tia/minor stroke carotidei, traumi vascolari di media complessità) anche in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione;
- emergenze non trasferibili quali ad esempio gli aneurismi aortici addominali in fase di rottura in pazienti instabili;
- necessità di accorpare in ambito chirurgico vascolare le patologie di stretta competenza con relativa governance clinica che consentirebbe, pur in una logica di integrazione con altre discipline, di contenere i costi di gestione, uniformare l'appropriatezza delle indicazioni e migliorare di conseguenza i risultati e, dato essenziale, permetterebbe di gestire le complicanze iatrogene vascolari, di osservazione sempre più frequente nelle strutture in cui insistono Strutture di Emodinamica e Radiologia Interventistica.

La messa in rete degli Hub e Spoke risulterebbe essenziale per garantire la massima efficienza del sistema, prevedendo anche la possibilità di integrazione di équipe chirurgiche di diversi presidi ospedalieri. Il fattore tempo, peraltro ampiamente stressato anche per caratterizzare gli ospedali delle zone cosiddette disagiate, riveste un ruolo prioritario nella diagnosi e nel trattamento sia delle grandi sia delle piccole e medie emergenze vascolari per cui gli aspetti organizzativi devono essere puntualmente rispettati individuando nell'ambito della Rete quelle strutture che rispondono alle caratteristiche professionali e tecnologiche (del Reparto e dell'Ospedale) in grado di affrontare situazioni più o meno complesse e che coinvolgono spesso diversi specialisti. è infine necessario costruire la Rete tenendo conto delle considerazioni fatte (professionalità qualificate, tecnologie e fattore tempo) **attivando sinergie regionali e interregionali.**





Bacino d'Utenza

La prima criticità contenuta nel DM70, che la bozza di revisione non ha corretto, riguarda il **bacino di utenza** delle Unità Operative di Chirurgia Vascolare. Sono opportune alcune considerazioni.

- ormai la tecnica preminente nel trattamento di tutte le patologie arteriose e, in gran parte, anche venose è quella endovascolare che è diventata parte integrante della specificità della disciplina e che non può essere demandata ad altre unità operative. Tali tecniche hanno consentito una maggior capillarità e possibilità di procedure anche presso Ospedali e Centri di Cura (possibili Centri Spoke) e non solo presso strutture che vedono comprese tutte le altre specialità e tutti i servizi - Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie (possibili Centri Hub);
- il contributo della Chirurgia Generale al trattamento delle malattie vascolari è ormai residuale;
- il progressivo invecchiamento della popolazione ha comportato un incremento della prevalenza delle malattie vascolari e quindi un maggior fabbisogno di diagnosi e cura con allungamento delle liste d'attesa. Ne deriva che, al pari di altre specialità chirurgiche anche meno impegnate nell'attività di emergenza-urgenza (vedi Urologia), il **bacino di utenza** da considerare dovrebbe essere non superiore a 250-300.000 abitanti per singola U.O. di Chirurgia Vascolare.

Fabbisogno del personale medico

La seconda criticità, collegata alla prima, che fa riferimento all'attuazione del DM77, riguarda la continuità di cura del paziente fragile specie ma non solo nella fase post- dimissione dall'ospedale per acuti. Non essendo prevedibile e anche cost-effective uno specialista in Chirurgia Vascolare nelle strutture territoriali, la presenza di un numero maggiore di Chirurghi Vascolari nelle UU.OO., nelle modalità che dovranno essere normate, dovrà farsi carico della cronicità dei pazienti vascolari post- chirurgici. A ciò si aggiunge la necessità di turni di guardia e comunque di reperibilità da soddisfare, anche legati alla presenza di DEA di I o II Livello o comunque di Pronto Soccorso. Ciò impatterà nell'indicazione del numero minimo di Dirigenti Medici (almeno 8 e non solo 4 per singola U.O. di Chirurgia Vascolare).

Clausola di invarianza di spesa

L'istituzione della Rete delle Urgenze Vascolari Tempo-Dipendenti sancirebbe ufficialmente una situazione che esiste già nei fatti, perché le emergenze-urgenze vascolari vengono attualmente prese in carico con differenze macroscopiche in base ai territori, ma la gestione con norme di legge chiare, consentirebbe una razionalizzazione del loro percorso all'interno della Rete Ospedaliera Hub e Spoke.

Il riconoscimento della figura del flebologo: quali possibilità? La formazione del flebologo: quali strategie? Linee guida e buone pratiche in flebologia.

Coordinamento:

Roberto Di Mitri, Presidente SIF (Società Italiana di Flebologia);
Maurizio Ronconi, Presidente AFI (Associazione Flebologica Italiana)

Intervengono:

Bruno Amato, Prof. Ass. Chirurgia Vascolare Università Federico II
Stefano Bartoli, Segretario SICVE
Domenico Benevento, Direttore Flebologia
Alessandro Frullini, Chirurgo Vascolare
Gianluigi Rosi, Flebologo Libero Professionista
Gaetano Lanza, Presidente SICVE
Angelo Santoliquido, Presidente CIF
Claudio Novali, Presidente Associazione Pazienti TTT
Stefano Morari, AD GloriaMed Pharma
Luca Morabito, Sara Assicurazioni

Il motivo per dedicare un **focus sulla Flebologia** nell'ambito di Welfair, la fiera del fare Sanità emerge puramente da un'osservazione di ordine epidemiologico. I disturbi venosi cronici colpiscono circa il 40% della popolazione adulta, le ulcere venose alle gambe il 1-2% della popolazione. Si stima che la malattia venosa cronica sia responsabile del 2% della spesa annuale del bilancio sanitario nelle società occidentali.





Con queste premesse si è aperto il tavolo di discussione

Si è discusso di tre temi principali:

- il riconoscimento della figura del flebologo;
- la formazione del flebologo;
- stesura di linee guida flebologiche nazionali;

Formazione del flebologo

Attualmente l'Ordinamento Universitario non prevede una Scuola di Specializzazione in Flebologia. La formazione dei giovani in questo ambito viene in questo momento delegata ad altre Scuole di Specialità (Chirurgia Vascolare, Chirurgia Generale) ovvero attraverso altri canali non istituzionali quali Scuole di formazione di società scientifiche (es: scuola SIC-SICVE), Master universitari post-specializzazione, corsi su specifiche tematiche organizzati da società scientifiche (es: corso ECO-color doppler, corso Scleromousse, ecc.) o scuole di formazione private. Non è inoltre infrequente che giovani che ambiscano a diventare flebologi vengano accolti da singoli professionisti e imparino l'arte della flebologia direttamente da maestri della professione accreditati sul campo.

Come si vede non esiste quindi, ad oggi, un percorso istituzionale chiaro e delineato e comunque in grado di certificare in maniera inoppugnabile la formazione del medico in flebologia.

Diverse le proposte emerse, tutte finalizzate al coinvolgimento di:

- Università;
- Ordine dei Medici;
- Aziende private con borse di studio dedicate.

Un'ulteriore proposta è stata quella di istituire, da parte della neonata Consulta delle Malattie Vascolari, un Commissione mista formata da Chirurghi Vascolari, Chirurghi Generali, Medici Internisti, Angiologi, Flebologi con lo scopo di redigere un documento comune da presentare al MUR per valutare la possibilità dell'apertura di una Scuola di Specialità in Flebologia ovvero di un percorso formativo su scala nazionale con riconoscimento ufficiale universitario.

Riconoscimento della figura del Flebologo

Strettamente correlato col tema precedente vi è poi il riconoscimento della figura del flebologo.

Oggi il nostro SSN non riconosce tra le sue attività la figura del "flebologo": non esiste per esempio la possibilità di richiedere una "visita flebologica" o una "visita vulnologica" semplicemente perché la flebologia non viene riconosciuta come specialità medica. Oggi per richiedere una visita dallo "specialista delle vene" bisogna richiedere una "visita di chirurgia vascolare" oppure una "visita angiologica" ma la dizione "flebologia" o "flebologico/a" non compaiono mai nel tariffario del SSN.

Chi oggi necessita di una visita flebologica può scegliere se rivolgersi privatamente a un professionista flebologo sul territorio ovvero aspettare per mesi una visita in chirurgia vascolare per poi rischiare di sentirsi rispondere "noi non ci occupiamo di flebologia". Il tema, quindi, è scottante e coinvolge direttamente il Ministero della Salute e l'offerta di prestazioni da parte del SSN.

Attualmente il riconoscimento della figura del flebologo avviene nella maggior parte dei casi per "skills and abilities", vale a dire per competenze ad abilità che il singolo professionista ha affinato nel tempo, anche grazie a corsi di apprendimento, in genere autofinanziati.

Le proposte da parte del panel di esperti è stata quella di delineare correttamente gli ambiti di competenza del flebologo per disegnare una mappa di attività di cui il flebologo si prenderebbe carico, evitando la dispersione delle risorse in termini di prestazioni richieste al SSN e non evase per mancanza di competenze specifiche, portando alla fine ad un risparmio netto per il SSN stesso.

La Consulta, anche in questo caso, potrebbe incaricarsi di coordinare un "Comitato di esperti" che porti alla stesura di un "Protocollo di competenze del flebologo" da proporre poi ai decisori della Sanità. Il fine sarebbe quello di introdurre la figura del flebologo nell'ambito degli "erogatori di prestazione sanitarie accreditate dal SSN", avvalendosi anche di liberi professionisti, eventualmente convenzionabili col SSN, per attività flebologiche ben definite dal protocollo stesso.





Stesura di linee guida flebologiche nazionali

La Legge Gelli-Bianco ha ben definito l'importanza per il singolo professionista della Sanità, ovunque egli eserciti la professione, di muoversi all'interno di linee guida ben definite e codificate. Le ultime linee guida flebologiche nazionali disponibili fanno riferimento al documento prodotto dalle due società SIC-SICVE nel lontano 2016. Appare chiaro come tali linee guida siano ormai datate in un mondo, come quello della flebologia, in cui le terapie e le moderne tecnologie (Laser, Radiofrequenza, MOCA, smousse, Colla, etc.) stanno cambiando i paradigmi di trattamento. Lo sforzo dei firmatari della Consulta e di altre società scientifiche accreditate presso il Ministero che eventualmente si aggiungeranno è quello di produrre delle linee guida congiunte, con rigore metodologico, che guidino le buone pratiche cliniche in ambito flebologico sull'intero territorio nazionale.

L'importanza fondamentale di seguire linee guida correttamente codificate è stata anche sottolineata dal mondo delle aziende assicuratrici. L'appello di chi ogni giorno si occupa del contenzioso in ambito medico è di attenersi rigorosamente alle procedure indicate dalle linee guida e, in caso di scostamento dalle stesse ("off label"), che vi sia un consenso informato scritto e dettagliato che motivi scelte diverse da quelle indicate dalla comunità scientifica. Il progetto di stesura delle linee guida flebologiche è già stato avviato dai membri della Consulta e prevede la pubblicazione del documento finale entro un anno dall'inizio dei lavori.

In estrema sintesi, dal tavolo delle malattie flebologiche, sono emerse tre statement:

1. assenza di una reale ed accreditata attività formativa per i flebologi;
2. mancato riconoscimento della figura del flebologo nell'ambito del SSN;
3. assenza di linee guida flebologiche aggiornate.

Per rispondere a questi tre grandi quesiti, le proposte emerse dal pannel di esperti sono:

- creazione di un Comitato di esperti da scegliere all'interno della Consulta per redigere un documento comune da presentare al MUR;
- stesura di un "Protocollo di competenze del flebologo" da parte di un "Comitato di esperti" della Consulta da presentare al Ministero della Salute;
- stesura di linee guida flebologiche aggiornate.

Il Presidente SIF **Roberto Di Mitri**.

Il Presidente AFI **Maurizio Ronconi**

La cura delle malattie rare vascolari

Coordinatore

Francesco Stillo, Past Presidente SISAV; Direttore Centro Anomalie Vascolari Clinica Fabia Mater SSN

Relatori

Maurizio Taurino; Raul Mattassi; Maya El Hachem; Domenica Taruscio; Vittoria Baraldini; Raffaella Restaino.

INTRODUZIONE

La terapia delle malattie rare vascolari in Italia incontra da diversi anni notevoli difficoltà per la carenza di centri di riferimento regionali e nazionali a cui possono far riferimento i pazienti affetti da patologie rare.

I relatori hanno identificato una necessità assoluta di accentrare le competenze multidisciplinari per la diagnosi e trattamento di queste patologie rare in centri di riferimento specializzati. Attualmente mentre per i pazienti pediatrici alcuni riferimenti sono presenti e attivi sul territorio, come evidenziato dalla dott.ssa El Hachem e la dott.ssa Braldini presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma e l'Ospedale Buzzi di Milano, i pazienti adulti invece non hanno un riferimento ospedaliero nazionale, escluso la clinica Fabia Mater, gruppo Guarnieri, accreditata con il servizio sanitario nazionale che permette al professor Stillo di esercitare un'attività dedicata alle malattie rare vascolari.

Un secondo problema è la codifica di DRG specifici per queste patologie che oggi ricevo rimborsi eterogenei da regione a regione e non adeguati alle difficoltà di trattamento. Il professor Taurino ha inoltre dimostrato la grave carenza in termini di didattica su tale patologia, sia durante il corso di Medicina che nelle varie.





Specializzazioni afferenti, compresa la medicina generale che spesso è il primo riferimento per il paziente. Per ovviare in parte a questo gap formativo sono state proposte lezioni ed istituzioni di Master di I e II livello.

La dottoressa Taruscio accogliendo le problematiche poste dal gruppo, si è dimostrata disponibile nell'identificazione di figure Ministeriali di riferimento per superare queste problematiche, suggerendo come inizio l'inserimento di istanze per la codifica dei LEA delle malformazioni mancanti ad oggi in tal senso.

Il dott. Raul Mattassi afferma che essendo la patologia rara ed estremamente variabile non è utile che ogni ospedale abbia dei centri dedicati perché viene meno la possibilità di acquisire esperienza osservando un numero elevato di pazienti. Molto più efficace è concentrare l'attività in pochi centri multidisciplinari di secondo livello distribuiti sul territorio in posizioni strategiche in base alla popolazione. Inoltre, i centri dovrebbero essere diretti da uno specialista esperto in tutte le tecniche che è in grado di partecipare a tutte le procedure; figura ideale è il chirurgo vascolare.

La formazione dovrebbe essere basata su un insegnamento di base nelle scuole di specialità. Essendo pochi gli esperti, si possono tenere corso online. Una formazione più specialistica potrebbe essere tenuta con corsi specifici.

Negli ospedali di ogni capoluogo, può essere presente un medico che ha eseguito i corsi e che funge da esperto di primo livello e che può eseguire trattamenti semplici o inviare i casi più complessi ai centri di secondo livello.

La dottoressa El Hachem ha mostrato l'iter per l'istituzione del centro di riferimento pediatrico di cui è a capo, ma ha evidenziato anche molta difficoltà gestionale dovuta alla disparità di rimborsi e alle concessioni ad personam di farmaci off label indispensabili per alcuni malati.

La dottoressa Baraldini ha riportato la propria esperienza nel centro in cui lavora, focalizzandosi sulla difficoltà di proseguire le cure dei pazienti pediatrici anche nell'età adulta. Ha per tale motivo iniziato il progetto "transitional Care", che deve essere sostenuto non solo come realtà individuale ma nazionale, per ridurre il rischio di abbandono da parte dei pazienti del percorso di cura.

La signora Restaino in qualità di rappresentante dell'associazione dei malati "Viva Ale" ha mostrato il punto di vista del paziente nel difficile percorso che lo porta alla diagnosi e alla cura e gestione della propria patologia.

Investire nella prevenzione vascolare: un impegno per la salute collettiva

Claudio Novali, Presidente Associazione Pazienti Vascolari TTT

Il valore della prevenzione e della promozione della salute

Investire nella prevenzione e nella promozione della salute rappresenta un pilastro fondamentale per il benessere della società. In passato, il sistema sanitario ha spesso sottovalutato l'importanza di questa area, destinandovi risorse insufficienti. Questa mancanza di attenzione ha generato un circolo vizioso: si interviene prevalentemente in situazioni di emergenza o nella gestione di patologie croniche, con costi elevati e soluzioni spesso insostenibili.

Per invertire questa tendenza, è indispensabile un impegno quotidiano e strutturale.

La prevenzione non è solo una pratica sanitaria, ma una cultura da promuovere sin dalle scuole, attraverso interventi educativi e strutturali. Tuttavia, gli investimenti pubblici in questo ambito sono ancora carenti, rendendo urgente un'azione di sensibilizzazione rivolta a cittadini, operatori sanitari e decisori politici.

Il ruolo delle associazioni e dei pazienti

Le associazioni di pazienti hanno un ruolo cruciale nel ridurre la distanza tra il sistema sanitario e i reali bisogni delle persone. Coinvolgere attivamente i pazienti nella definizione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) è essenziale per trasformarli da strumenti formali a modelli realmente applicabili.

Per farlo, è fondamentale costruire un dialogo sinergico con aziende sanitarie, società scientifiche, altre organizzazioni coinvolte, identificando le priorità attraverso un approccio condiviso e coordinato.





Collaborazione tra istituzioni e terzo settore

Le organizzazioni del terzo settore devono avere spazi di confronto dedicati per affrontare le sfide della prevenzione e della cronicità. In un contesto sempre più globale, le reti di collaborazione internazionale rappresentano un'opportunità strategica.

Un esempio è dato dalle iniziative nel campo delle malattie vascolari, che uniscono pazienti, medici, infermieri e cittadini per migliorare la conoscenza e la gestione di queste patologie.

Proponiamo la creazione di un coordinamento nazionale capace di affrontare, con visione strategica, i problemi delle arteriopatie e delle patologie croniche, offrendo soluzioni concrete alle esigenze dei cittadini.

Formazione, educazione e condivisione delle risorse

La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato la fragilità del sistema sanitario, riducendo gli sforzi dedicati alla prevenzione.

Tuttavia, anche con risorse limitate, è possibile fare molto:

- educazione e informazione: strumenti accessibili, come internet, possono formare pazienti e operatori, promuovendo la prevenzione secondaria e il monitoraggio post-intervento;
- appropriatezza e sostenibilità: un utilizzo efficace delle risorse e riduzione degli sprechi dipende dall'educazione e dalla prevenzione, che costituiscono la base per la sostenibilità del sistema sanitario.

Il valore del dialogo e della consulta scientifica

La nascita della consulta delle società scientifiche è un passo storico verso una maggiore coesione tra clinici e organizzazioni.

Disporre di un unico interlocutore permette di proporre ai decisori politici soluzioni concrete e condivise.

Per garantire la sostenibilità del sistema sanitario, è necessario puntare su tre direttrici principali: prevenzione, gestione delle cronicità e formazione continua.

Risorse e opportunità future

Le risorse del PNRR rappresentano un'occasione unica per ricostruire un sistema più orientato alla prevenzione e alla gestione delle cronicità. Tuttavia, tali fondi, disponibili fino al 2026, sono destinati principalmente a infrastrutture e non a personale o servizi. Le case di comunità potrebbero diventare un punto di riferimento strategico per cittadini e operatori, ma è necessario valorizzarle attraverso un impegno concreto e pianificato.

Conclusione: una responsabilità condivisa

Le sfide sanitarie odierne richiedono uno sforzo collettivo. Istituzioni sanitarie, associazioni, società scientifiche, cittadini e industria devono collaborare per raggiungere obiettivi comuni. Solo attraverso un'alleanza solida e un approccio integrato sarà possibile costruire un sistema sanitario più equo, efficace e sostenibile per le generazioni future.

