



## **AUDIZIONE SENATO 25 OTTOBRE 2021 Intergruppo Parlamentare sulla Cronicità**

**Federsanità** - "Confederazione delle Federsanità Anci regionali" (articolo 27 Statuto ANCI) associa le Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere e gli Irccs insieme ai rappresentanti dei Comuni associati alle Anci regionali di riferimento.

Costituita nel 1995, fin dalla sua fondazione, lavora sull'intuizione che la deospedalizzazione, i servizi territoriali avanzati e la prevenzione sono di fondamentale supporto alla sanità pubblica poiché finalizzate ad evitare una sanità a due velocità: efficace nelle strutture ospedaliere e poco presente e coordinata con i gli enti locali che operano sul territorio per l'erogazione dei servizi di assistenza.

Obiettivo statutario è quello di favorire azioni e politiche finalizzate alla promozione di percorsi di integrazione sociosanitaria e socioassistenziale fortemente orientate ad una nuova concezione della "presa in carico" della persona basata su prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione.

Bisogna partire dal Piano Nazionale della Cronicità, frutto di un Accordo Stato, Regioni e province autonome del 2016, per capire perché abbia avuto applicazione parziale e avviarci verso soluzioni concrete. In primis, la cabina di regia indicata nell'accordo e' stata individuata solo due anni piu' tardi e, fatto gravissimo per quanto ci riguarda, e' stata completamente omessa la presenza delle associazioni di rappresentanza delle Aziende Sanitarie che quel piano devono attuare. Quindi un plauso particolare alla senatrice Boldrini, e ai suoi Onorevoli colleghi, per aver voluto sentire Federsanità.

Noi crediamo che le sei parole chiave di quel piano siano ancora attuali: aderenza, appropriatezza, prevenzione, cure domiciliari, formazione, educazione, empowerment, ma persistano gravi elementi di criticità che ci pare sia ora il momento opportuno e anche favorevole per rimuovere.

1) **Il piano del 2016 era a zero risorse aggiuntive.** Oggi abbiamo la prospettiva del finanziamento del PNRR per lo sviluppo strutturale della sanità territoriale. La prima urgenza riguarda l'esatta quantificazione delle risorse umane necessarie, anche al fine di definire il fabbisogno di professionisti che va trasferito alle Università, affinché mai più si verifichi la carenza di profili centrali nell'assistenza causata da una errata programmazione dei fabbisogni formativi. Occorre definire subito gli standard di fabbisogno di risorse umane per il territorio, contestualmente all'elaborazione ed attuazione del DM 71 sugli standard assistenziali territoriali. Sulla necessità di risorse occorrerà calibrare il finanziamento del SSN, alla luce di un maggiore raccordo tra ospedale e territorio e della

esperienza della pandemia, per affrontare la quale sono nate le figure dell'infermiere di comunità e delle Usca. Per esempio, riteniamo sia venuto il momento di ridefinire il ruolo dei medici di continuità assistenziale.

**2) Il ritardo con il quale le Regioni hanno recepito il piano e la necessità di confronto e monitoraggio a livello nazionale, regionale e aziendale.** Se avessimo questi ritardi sulla realizzazione del PNRR, perderemmo i finanziamenti. Sicuramente il monitoraggio centrale del Ministero della Salute, con forte pressing sulle Regioni, sull'utilizzo delle risorse strutturali del piano pandemico ha funzionato e riteniamo questo debba essere il modello.

**3) l'effettiva attivazione dei PDTA per le patologie croniche** che in molte Regioni non si è realizzata.

**4) L'interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico**, senza il quale non si può realizzare la presa in carico della cronicità ed un efficace utilizzo della teleassistenza. Dobbiamo assolutamente realizzare i progetti del PON GOV 2017-2023 (*sostenere la sfida della cronicità con lo sviluppo dell'ICT*), sui quali Agenas sta svolgendo un affiancamento importante per il Ministero della Salute. Il finanziamento, di circa 20 ml, non sarà sufficiente ma se lo utilizzeremo per definire i fabbisogni, sulla base del modello di sanità territoriale che si sta disegnando, potremo far tesoro anche delle risorse che arriveranno dal PNRR. Anche in questo caso dobbiamo sottolineare la necessità di un approccio di sistema rispetto al tema, richiamando in particolare il legame con la Missione 1 – relativa alla digitalizzazione – con gli interventi di coesione territoriale della Missione 5, rispetto alla strategia nazionale per le aree interne, in sinergia con gli interventi della Missione 6.

**Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina** – di particolare valore in quelle aree montane, insulari e interne caratterizzate da rarefazione dei servizi e maggiori difficoltà di accesso agli stessi – avrà bisogno di infrastrutture di accesso ad Internet che oggi caratterizzano un Paese ancora fortemente diseguale sotto questo aspetto strategico.

Telemedicina e dotazione informatica del territorio vanno quindi di pari passo. Per svolgere al meglio le funzioni di cure primarie anche le strutture territoriali, ed in primis le RSA dove vengono assistite le persone più fragili sotto il profilo della comorbilità di malattie croniche, devono essere dotate di infrastrutture informatiche efficienti e moderne in grado di attivare telemedicina, teleconsulto e inviare flussi in database regionali e nazionali in modo da poter gestire al meglio l'attività e misurarla per efficacia e appropriatezza. Il tutto, è bene ricordarlo, all'interno del nuovo scenario dei LEA, che ha visto il recente ingresso proprio della Telemedicina, grazie all'accordo in Conferenza Stato-Regione del 17 dicembre 2020, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Da questo punto di vista, occorre quindi rilanciare l'utilizzo dello strumento FSE in maniera uniforme e interoperabile sull'intero territorio nazionale, facendo leva sul fondamentale ruolo giocato dai primi punti di accesso sanitari sul territorio, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

Per gestire al meglio la cronicità occorre anche un "salto di livello" rispetto alla raccolta e analisi integrata delle informazioni tanto di tipo sanitario che sociale. La cartella

informatizzata sociosanitaria rappresenta uno strumento fondamentale all'interno della cassetta degli attrezzi dell'integrazione. Gli operatori e le operatrici dei due ambiti dovrebbero infatti contare su informazioni complete e aggiornate sull'intera platea dei bisogni espressi dall'utente, e delle risposte organizzate ed erogate dai Servizi, all'interno di un percorso ideale dove gli scambi e i passaggi di campo tra i due ambiti sono continui. In questa prospettiva, una migliore organizzazione, standardizzazione e accessibilità dei dati costituiscono un prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati, superando la frammentazione di dati sanitari collocati in vari *database* in multiple piattaforme che non dialogano e non prevedono la possibilità di una visione d'insieme che permetta di sistematizzare le conoscenze.

### ***L'integrazione sociosanitaria quale requisito essenziale di presa in carico delle cronicità.***

Una oramai consolidata letteratura evidenzia come l'assenza di efficaci strumenti di sostegno alla dimensione sociale – che tengano conto delle situazioni di rischio e vulnerabilità, delle condizioni di età e di genere, reddituali, ambientali e di stress, di assenza, di scarsità dei legami interpersonali e sociali – determinino una tensione verso la "sanitarizzazione" dei bisogni e un conseguente maggiore ricorso ai servizi legati al SSN.

In questo quadro, una possibile risposta è quella legata al ruolo delle comunità e a una sempre maggiore integrazione sociosanitaria: un sistema a carattere comunitario nel quale produrre salute/benessere diventa un compito anche della società civile e del Terzo settore, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere stesso: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario. Un modello di politica sociosanitaria che, soprattutto, si muove per anticipare i bisogni sociosanitari e prevenire le patologie, abbandonando il tradizionale modello "curativo" di attesa della patologia e di erogazione di prestazioni sanitarie.

La persona deve quindi essere "presa in carico" complessivamente, nelle sue relazioni parentali, familiari e di comunità, facendo in modo da costruire attorno alle sue necessità – ma anche alle residue potenzialità e risorse – il miglior percorso assistenziale possibile partendo dall'abitazione di residenza.

Questo è il primo punto: la persona deve preferibilmente rimanere a casa propria, circondata da affetti e nel suo ambiente abituale. Occorrono, quindi, servizi domiciliari di alto livello, che tengano assieme la dimensione sociale e quella sanitaria, e che rendano l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione l'ultima risorsa, quando il quadro clinico rende improrogabile il ricovero, a maggior ragione tenuto conto dei trend demografici di invecchiamento della popolazione italiana. A titolo di esempio, anche nei territori con modelli assistenziali disegnati con una forte integrazione sociosanitaria si assiste ad una frammentazione nei compiti assistenziali nella assistenza domiciliare alle persone con fragilità laddove ai Comuni spetta l'organizzazione dell'igiene e cura della persona, consegna dei pasti e assistenza domestica e alle Aziende Sanitarie l'assistenza medica e

infermieristica, senza che sia previsto un coordinamento nelle prestazioni nè tanto meno la figura di un *care giver*. Occorre pensare ad un nuovo protagonismo della **Medicina Generale** e della **Pediatria di Libera Scelta**, in modo da evolvere le attuali AFT in modelli agili e maggiormente integrati con gli altri servizi sanitari e sociali di comunità. Abbiamo visto come in questo periodo di crisi troppo spesso inciampi burocratici e amministrativi abbiano reso complicato lo svolgere di funzioni essenziali di assistenza da parte dei MMG e PLS. Occorre quindi ripensare *il percorso formativo* dei MMG e dei PLS, sia relativamente all'ingresso che successivamente, per favorire l'integrazione con gli altri professionisti della Salute; rivedere *l'assetto contrattuale*, prevedendo una remunerazione legata in maniera consistente a premiare chi fa medicina di comunità, chi sa prendere in carico i propri assistiti, fare medicina di iniziativa, offrire servizi diagnostici in sede o a domicilio, lavorare in team multidisciplinari e con strumenti di teleassistenza. Occorre, inoltre, superare *l'urban-rural divide*. In Italia oltre 13 milioni di persone (4.261 Comuni) vivono nelle aree interne che coprono il 63% del territorio del Paese. E' noto che in queste aree l'accesso ai servizi, l'incidenza della malattie e l'aspettativa di vita mostrano dati negativi. E' altrettanto noto che sono luoghi in cui è sempre più difficile trovare medici di medicina generale disponibili a prendere servizio. E' qui che bisogna progettare a forme organizzative completamente nuove mettendo assieme tutte le risorse: Mmg, infermieri di comunità e medici dipendenti e convenzionati del SSN, farmacie, Comuni e volontariato, puntando anche sulle *equipe itineranti*. Occorre un forte raccordo tra servizi sociali dei Comuni e assistenti sociali del SSN, in un disegno globale che superi i raccordi informali. In altre parole, e' necessario trasformare le nuove forme organizzative (AFT, UCCP) in modelli di responsabilità sulla salute di gruppi di popolazione avviando veramente una vera medicina di iniziativa, in stretto collegamento con gli Enti Locali. Infine, in Italia esistono numerose esperienze regionali di *misurazione delle attività della medicina generale*, alcune di queste sono state legate a forme contrattuali di incentivazione sui risultati raggiunti.

Per ridimensionare le criticità potrebbe quindi essere utile conferire un ruolo organizzativamente definito e strutturato al volontariato e al servizio civile, sulla scorta di buone pratiche attuate come ad esempio le Botteghe della Salute toscane, un servizio multifunzionale, gratuito, riconoscibile e facilmente accessibile a tutti, presente in particolare nei piccoli comuni delle zone montane o più periferiche (isole o periferie delle grandi città). All'interno della *Bottega della Salute* operano i giovani del Servizio Civile Regionale adeguatamente formati e personale qualificato, che forniscono informazioni, orientamento e accompagnamento ai tanti servizi presenti. In altre parole, e' indispensabile procedere ad un progetto globale di *community building*, dove la partecipazione, in primis del paziente, dei *care giver* e delle associazioni dei pazienti sia coagulata e orientata da un percorso formativo comune.

Riteniamo che il disegno di sanità territoriale che si sta elaborando, con utilizzo del numero "116117", come coordinamento delle cure non urgenti, che va organizzato in ogni regione, case e ospedali di comunità, cot, potenziamento assistenza domiciliare sicuramente possa favorire una migliore presa in carico della cronicità, ma senza costruzione dei percorsi,

senza gli strumenti di *governance* delle risorse umane, senza costruzione di una comunità intorno al paziente, senza integrazione socio sanitaria, senza interoperabilità di sistemi informatici questi sforzi rischiano di essere insufficienti.

In altre parole, le risorse del PNRR da sole non bastano se non vengono inserite all'interno di un quadro istituzionale, professionale e comunitario di governance sociosanitaria capace di coinvolgere i diversi soggetti coinvolti: le Regioni, con le Aziende sanitarie, i Comuni, nella fornitura dei servizi sociali, la cittadinanza e il Terzo settore, valorizzando i principi di sussidiarietà e partecipazione.

Gli ambiti territoriali rappresentano la dimensione ottimale di valutazione dei bisogni e di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, oltre a gestire la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza. Rappresentano quindi l'ecosistema all'interno del quale vengono governate le politiche della salute per le comunità, occorre perciò un loro coordinamento rispetto alle dimensioni:

- Istituzionale: attraverso la Conferenza dei Sindaci;
- Programmatorio: attraverso l'integrazione del Piano Sociale di Zona, del Piano per l'integrazione sociosanitaria e quello delle Cure primarie;
- Assistenziale: attraverso la definizione di percorsi in grado di gestire la complessità dei bisogni e delle risposte sociosanitarie
- Gestionale: rispetto ai servizi relativi alle funzioni sociale e di sanità territoriale
- Comunitarie: inerenti il coinvolgimento delle comunità competenti alla costruzione partecipata delle politiche locali per la salute.

Quanto delineato, riferito all'azione efficace degli interventi sociosanitari, troverà maggiore forza solo all'interno di un quadro in cui, accanto ai LEA, i sistemi di servizio potranno contare anche sulla determinazione (e relativo finanziamento nazionale) dei Livelli Essenziali delle Prestazioni di ambito sociale, prerequisito all'esigibilità dei diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale.

Su questo aspetto, il nostro Paese sconta ormai un ritardo non più ammissibile a 20 anni dalla Legge 328/2000 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*).

Occorre, infine, promuovere sistemi di valutazione degli outcome sul territorio, sulla falsariga del PNE per la rete ospedaliera, e ripensare il sistema di finanziamento delle attività sanitarie territoriali, ad oggi basate sulla quota capitaria e non sulle attività svolte e sui relativi esiti.

## **I progetti sul tema di Federsanità-Confederazione delle Federsanità Anci regionali**

In primis, Federsanità sta lavorando ad un prototipo di Banca dati socio sanitari integrati. Riteniamo, infatti, indispensabile uno strumento di informazione sullo stato di salute della popolazione, che contenga dati e infografiche utili agli operatori del settore e agli

amministratori per scopi di programmazione non solo sanitaria, organizzata per Asl, Distretti e Comuni (sul modello di Open Salute Lazio. Il sistema offre un quadro sintetico dello stato di salute della popolazione residente nella Regione, in una singola ASL, un Distretto, un Comune o in aggregati di Comuni selezionabili da mappa. Le elaborazioni si basano sui dati dei sistemi informativi sanitari correnti e dei registri di popolazione). I dati sanitari vanno integrati con i dati socio-economici della popolazione e con l'indicazione dei presidi territoriali presenti, al fine di offrire una mappa necessaria ad una programmazione sul territorio orientata a realizzare un sistema One health.

Sotto il profilo dell'integrazione socio sanitaria, Federsanità ha stipulato una Convenzione con Agenas per costituire l'**Osservatorio sulle buone pratiche di integrazione sociosanitaria (OIS)**. È possibile pensare di costruire gradualmente un'azione sistematica per l'accumulo e la diffusione di esperienze valide sull'integrazione, con l'esplicita finalità di supportare la costruzione di compiute politiche nazionali in campo sociosanitario. Un'azione che abbia tutti i contributi migliori dalla comunità scientifica, ma che sia esplicitamente orientata al sostegno delle politiche pubbliche, allo sviluppo delle attività amministrative, alla realizzazione di percorsi professionali e di servizi integrati.

Un luogo di confine in cui si intrecciano visioni, linguaggi, traiettorie, esperienze, più che un santuario di appartenenze che confermano continuamente loro stesse rendendo di fatto irraggiungibile l'integrazione. Un luogo in cui l'intreccio avviene per contaminazione verso il cambiamento e non per consolidare le singole provenienze e le supposte preminenze, in cui il focus sia la promozione di politiche pubbliche innovative sull'integrazione sociosanitaria che siano in grado di scavalcare le attuali linee di frattura e di produrre trasformazioni di sistema.

Il secondo elemento essenziale per la costruzione di un luogo competente e utile è, appunto, l'adozione di un approccio di sistema. È possibile limitarsi a una visione più ristretta e considerare che per realizzare l'integrazione sia sufficiente l'erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e sociali, magari in riferimento a segmenti di percorsi assistenziali per bisogni complessi; oppure è possibile adottare una visione più ampia capace di assumere come centrale l'integrazione tra i diversi sistemi di servizi sanitari e sociali. In questo secondo caso lo sforzo è quello di ricercare i cardini su cui fare scorrere le grandi direttrici dell'integrazione cercando per quanto possibile di riallineare il sistema sanitario e il sistema sociale. Si tratta ovviamente di una prospettiva molto più complessa, che deve misurarsi anche con i profondi cambiamenti in atto nelle nostre comunità e con le caratteristiche peculiari dei territori in cui agiscono i sistemi di servizio da integrare.

Questa visione sistemica dell'integrazione sociosanitaria può essere impiegata anche per seguire lo sviluppo delle azioni previste dal PNRR sia per la missione M6C1 'sanità territoriale' che per la missione M5C2 'Infrastrutture sociali'. Senza sovrapporsi o intralciare in alcun modo le strutture di monitoraggio interne al PNRR, è importante seguire l'evoluzione dei progetti attuativi in ambito regionale, aziendale e locale, per metterli in relazione con le azioni che si sviluppano sulle altre dimensioni sistemiche dell'integrazione istituzionale, programmatoria, professionale o comunitaria. L'osservatorio potrebbe seguire in modo specifico proprio questa relazione tra i singoli progetti attuativi previsti in M6C1 e M5C2 e le azioni di integrazione sistemica messi in atto a livello regionale, aziendale o locale.

L'idea di un Osservatorio nazionale sull'integrazione sociosanitaria nasce dall'esigenza di raccogliere le esperienze realizzate finora nell'integrazione sistemica tra sanitario e sociale, per metterle a disposizione dei decisori istituzionali e delle organizzazioni pubbliche e private che operano a questo scopo. Non si tratta della solita ricognizione delle migliori 'buone pratiche', al contrario si tratta di far emergere le esperienze diffuse per farle parlare della loro storia, dei risultati raggiunti insieme ai limiti riscontrati. Soprattutto appare indispensabile mettere in evidenza il quadro delle cesure su cui le esperienze hanno agito e della conoscenza critica che ne può scaturire per alimentare in termini positivi l'innovazione e la trasformazione dei sistemi.

Occorre pensare quindi a una struttura conoscitiva molto agile, basata tuttavia su forti competenze di sistema, che interagisce in modo permanente con il complesso delle istituzioni e dei sistemi impegnati nell'integrazione per alimentare il confronto competente sui nuovi sistemi di assistenza di cui il Paese ha estremo bisogno.

### **La struttura della base conoscitiva di OIS**

La struttura della base conoscitiva OIS è pensata come una grande libreria in cui raccogliere in modo semplice le esperienze sull'integrazione sociosanitaria per poterne classificare i contenuti e renderle immediatamente fruibili. Una struttura semplice ma dotata di senso perché riferita in modo esplicito agli elementi fondamentali dell'approccio sistemico all'integrazione. È questo il vero valore aggiunto di OIS, la possibilità di restituire le informazioni in modo ragionato e qualitativo per alimentare l'evoluzione delle politiche pubbliche in materia restando nel contempo fortemente legati alle esperienze di campo.

A questo scopo possono essere individuate cinque aree tematiche in cui articolare le attività di raccolta, classificazione, analisi e restituzione:

- Area 1 – Integrazione Istituzionale
- Area 2 – Integrazione Programmatoria
- Area 3 – Integrazione Professionale
- Area 4 – Integrazione Gestionale
- Area 5 – Integrazione Comunitaria
- Area 6 – Attività realizzative delle missioni M6C1 e M5C2 del PNRR

Lungo queste cinque dimensioni dell'integrazione sistemica si sviluppano le attività di rilevazione dell'Osservatorio che riguarderanno le azioni e le esperienze realizzate a livello nazionale, regionale o locale, più la disamina delle azioni attuative del PNRR. Il piano delle attività allegato descrive in modo più analitico le diverse linee di lavoro, il loro obiettivo, le principali attività da realizzare nella prima annualità con i tempi e le responsabilità.

I singoli rapporti di linea potrebbero essere riuniti in un unico quadro conoscitivo da condividere con il comitato tecnico-scientifico e con la rete dei partenariati, e da rendere pubblico alla fine del primo ciclo annuale delle attività.

### **L'assetto organizzativo di OIS e l'avvio delle attività**

Vista la sua finalità, l'assetto di OIS deve essere necessariamente molto agile e presentare spiccate competenze sui sistemi sanitari e sociali più che su specifiche competenze clinico-professionali. Per questo appare opportuno articolare solo due elementi organizzativi, uno imperniato sulla realizzazione delle attività operative di OIS e uno imperniato sulle dimensioni di orientamento istituzionale e scientifico.

Il Coordinamento tecnico è l'elemento organizzativo che provvede a realizzare le attività di raccolta, classificazione, analisi e restituzione delle informazioni, all'attivazione della rete conoscitiva e dei partenariati strategici, alle azioni di comunicazione e diffusione dei materiali.

Il Comitato istituzionale e scientifico coinvolge i contributi delle istituzioni, delle università, degli Istituti e dei centri di ricerca non accademica che intendono consolidare le attività dell'Osservatorio attraverso la partecipazione allo sviluppo delle sue attività.

Da questo punto di vista riveste particolare importanza il metodo di lavoro adottato da OIS, che riguarda lo sviluppo di un insieme di partenariati strategici utili all'attivazione e all'espansione della rete conoscitiva sull'integrazione. La funzione di OIS è quella di raccogliere e ordinare le esperienze di integrazione sistemica attraverso il dialogo con le organizzazioni istituzionali, aziendali e comunitarie, non certo quella di aggiungere un nuovo centro di ricerca sui servizi sociali o sanitari. Lo scopo di OIS è quello di fornire elementi utili per alimentare l'elaborazione di politiche pubbliche trasformative dell'esistente attraverso la lettura e l'analisi delle esperienze di campo. È quindi indispensabile non replicare niente di quello che è stato già fatto o che è in corso di realizzazione da parte di altri, ma occorre solo raccogliere in modo sistematico informazioni e risultati per alimentare la composizione di visioni complesse di sistema.

Il ruolo di "Federsanità-Confederazione Federsanità ANCI regionali" è appunto quello di generare un approccio istituzionale all'integrazione sociosanitaria basato sulle capacità e sulle competenze di sistema presenti nelle aziende sanitarie e nelle amministrazioni comunali, proponendosi come luogo di incontro delle culture della sanità e del sociale. La possibilità di attivare le reti delle federazioni regionali e di aprire una interlocuzione finalizzata con i livelli statali centrali, fanno il migliore incubatore del progetto di attivazione di un Osservatorio per l'integrazione socialitaria secondo una visione innovativa e trasformativa degli assetti attuali.

### **Proposte**

- Attuare l'integrazione sociosanitaria dando piena attuazione alla L.328/2000.
  - **Definire i livelli essenziali delle prestazioni in ambito socioassistenziale e trovare le necessarie complementarietà rispetto ai LEA.**
  - **Garantire il finanziamento dei LEP attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali.**
- Dedicare una maggiore attenzione ai territori meno popolosi, con particolare attenzione a quelli montani o alle c.d. "aree interne", che già soffrono di carenze di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Questi territori vedono inoltre una maggiore presenza di fasce di popolazione anziana, che spesso presenta difficoltà nell'utilizzo di *device* tecnologici.
  - **Individuare modalità di incentivazione alla presenza di professionisti sanitari nei territori con caratteristiche di aree interne.**



- Ricorrere alla leva del volontariato e del servizio civile per avvicinare i servizi – sanitari, sociali e di pubblica utilità – ai cittadini delle aree più deboli, sia attraverso la presenza di presidi fissi sia di strutture mobili. A questo proposito una buona pratica è quella delle Botteghe della Salute sperimentate in Regione Toscana.
  - **Nel quadro del completamento della Riforma del Terzo settore, individuare modalità ad hoc in ambito sociosanitario, valorizzando esperienze innovative, coinvolgendo anche i caregiver in processi formativi utili alla presa in carico, anche per il tramite delle associazioni dei pazienti.**
  
- Promuovere un approccio di sistema tra la Missione 1 relativa alla digitalizzazione con gli interventi di coesione territoriale rispetto alla strategia nazionale per le aree interne – Missione 5 – e Missione 6. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina avrà infatti bisogno di infrastrutture di accesso oggi distribuite in maniera diseguale all'interno del Paese.
  - **Sviluppare una governance non 'a canne d'organo', ma in grado di individuare e sviluppare le opportune sovrapposizioni tra le diverse Missioni e componenti del Piano, oltre che con le politiche ordinarie.**
  - **Sviluppare la connettività digitale delle zone interne per facilitare gli interventi di telemedicina.**
  
- Promuovere una migliore organizzazione, standardizzazione e accessibilità dei dati sociali e sanitari, anche attraverso la interoperabilità delle relative banche dati. Ciò rappresenta il prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati.
  - **Messa a regime del FSE sull'intero territorio nazionale.**
  - **Sviluppo della cartella sociosanitaria informatizzata.**
  - **Definizione di standard e modalità di raccolta comuni dei dati, che consentano il confronto e l'integrazione tra le diverse fonti nel rispetto della privacy.**
  
- Individuare criteri condivisi per la promozione di una rete di strutture territoriali – sociali, sociosanitarie e socioassistenziali – basate sulle reali esigenze dei territori e sulle possibili sfide individuate a partire da un approccio predittivo rispetto alle criticità.
  - **Individuare standard di presenza di servizi e strutture sociosanitari sull'intero territorio nazionale, in grado di garantire l'intera copertura dei percorsi assistenziali attivabili.**
  
- Definire un adeguato quadro istituzionale – ad esempio con consorzi o convenzioni tra aziende sanitarie ed enti locali – e basato su una governance multilivello tra Regioni, ASL e distretti e che veda la partecipazione dei Comuni e delle rappresentanze del Terzo settore.

- **Definizione di un cronoprogramma per l'avvio di forme sperimentali di governance sociosanitaria nelle regioni che non hanno individuato modelli specifici.**

Promuovere adeguati piani di formazione dedicati agli aggiornamenti tecnico-professionali, digitali e manageriali. In particolare, si tratta di formare manager con una visione integrata rispetto alla programmazione sociosanitaria, capaci di interpretare nuovi dati e informazioni e di gestire organizzazioni complesse, valutabili non soltanto sulla base di logiche aziendali. Un significativo aspetto formativo che va rafforzato riguarda dotare gli operatori sanitari di capacità tecniche nel *clinical risk management*, acquisendo competenze operative in grado di saper affrontare le emergenze sanitarie. Inoltre occorre promuovere percorsi di formazione del personale sanitario e amministrativo dal punto di vista tecnico-professionale, digitale e manageriale. Ciò al fine di preparare figure capaci di:

- interpretare nuovi dati e informazioni;
- programmare percorsi multidisciplinari, che tengano insieme aspetti sociali e sanitari;
- gestire organizzazioni complesse che non si misurano soltanto sulla base di una logica aziendale.

Diventa urgente trovare delle soluzioni razionali, basate su un preciso calcolo dei fabbisogni, temporalmente corrispondenti alle necessità, iniziando a recuperare tutti i contratti persi dal MIUR.

- Eliminare l'imbuto formativo sia per medici che per infermieri, puntando sui profili specialistici più carenti e finanziare politiche retributive volte a differenziare le retribuzioni di chi operi in zone disagiate, per attuire il fenomeno dell'urban-rural divide

*Tiziana Frittelli*  
*Presidente Nazionale*  
*Federsanità – Confederazione Federsanità Anci Regionali*