Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS, ***Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale***, in continuità con le attività scientifiche di SIQUAS-VRQ, di cui è erede e di cui fanno parte operatori del mondo sanitario e socio-sanitario, intende esprimere, in continuità con le proprie iniziative di ricerca sull'organizzazione, valutazione e miglioramento dei servizi sanitari e socio-sanitari, una propria posizione per il futuro della sanità pubblica in Italia.
I punti che ASIQUAS propone sono decisivi e intendono focalizzare gli snodi di intervento rispetto alle contraddizioni e deficienze del sistema sanitario nazionale che proprio la situazione di crisi pandemica ha messo sotto la lente di ingrandimento.

Oggi, più che mai, il governo e le parti politiche devono affrontare temi importanti quali:

1. **Adeguatezza delle risorse economiche per il Servizio Sanitario Nazionale** anche in base ai bisogni reali di salute della popolazione e all'innovazione tecnologica e, quindi, **accedere al MES e al NextGenerationUE** come unica e irripetibile occasione di riportare il Sistema Sanitario Italiano agli standard dei principali sistemi sanitari europei;
2. **Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA** (ospedaliero, territoriale, prevenzione) e ridefinire i modelli regolativi degli ospedali e delle strutture intermedie e delle reti territoriali;
3. **Sviluppare le strutture intermedie di assistenza** sia "specialistiche" che "generaliste" in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni;
4. **Riorganizzare i servizi territoriali, le cure primarie**, il loro potenziamento e la loro integrazione rafforzando i Distretti anche attraverso la connotazione come Agenzie di "*continuità assistenziale",* e **sciogliendo in assoluto il nodo "storico" di ruolo e di rapporto con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali,** in una visione unitaria delle cure primarie (verso una medicina di comunità);
5. **Sviluppare una normativa sull'integrazione sociosanitaria con basi strutturali comuni per tutte le Regioni** al fine di superare le "*bolle"* di iniquità sanitarie e sociali esistenti
6. **Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie** con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti relazionali con utenti/pazienti e di intervento sociosanitario;
7. Lavorare alla **Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi** a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni per il coordinamento degli interventi;
8. **Garantire l'acquisizione, la produzione e l'autosufficienza per farmaci e tamponi per DPI (dispositivi di protezione individuali)** per operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia.

Di seguito le motivazioni che ASIQUAS porta a supporto dell'inderogabilità di affrontare questi temi, con lo scopo di rendere rinnovato, sostenibile e competitivo il Sistema Sanitario Italiano.

Position Paper ASIQUAS 2020

Per una Sanità Pubblica in Italia… anche dopo il Covid 19.

La pandemia/sindemia Covid19 ha messo in evidenza i "nodi" strutturali e organizzativi dei Servizi Sanitari Regionali e del SSN nel suo insieme. Da qui occorre ripartire per dare una risposta di sistema che riveda il SSN profondamente rinnovato e sostenibile. Serve un coordinamento nazionale e UE delle Policy di contrasto alle pandemie.

Lo scenario

I ricercatori avevano già messo in allarme le istituzioni internazionali e la comunità scientifica su possibili "*zoonosi*", ovvero salti di specie da animali a uomo sul tipo della SARS, quelli che si chiamano *"spillover"*[1].
Studi e ricerche nel 2018 e 2019 paventavano, per i gravi cambiamenti climatici dell'ambiente, la creazione di condizioni perfette per lo sviluppo delle zoonosi[2]. Alla fine è arrivato la Covid19 che è mutante[3], ha già avuto 38 modifiche dal suo insorgere e altre ne avrà probabilmente, è ormai pandemica e suo malgrado dovremo conviverci a lungo. Saranno probabilmente più cicli intramezzati da probabili "*lockdown"* totali o parziali.
L'OMS è arrivata ad affermare che probabilmente sarà un'ondata unica grande ed estesa nel tempo, con alti e bassi, che è esattamente quello che era previsto nell'altro modello predittivo fatto dall'*Imperial College* di Londra[4], che ha individuato altri elementi caratteristici del virus. Ora sappiamo che la pandemia è diventata planetaria, coinvolge tutti i paesi.
Al 10 dicembre l'OMS riporta oltre 68milioni di casi confermati (Americhe 29.139394; Europa 20.869.839**;** Sud-est asiatico 11.237.814; Mediterraneo orientale 4.408.403; Africa 1.571.911; Pacifico occidentale 937.772 e1.557.385 morti. In Europa i paesi maggiormente colpiti sono la Francia con 2.269.668casi confermati e 55.986 decessi, la Spagna con1.702.328 casi confermati e 46.646 decessi, il Regno Unito con 1.750.245 casi confermati e 62.033 decessi, l'Italia con 1.757.394 casi confermati e 61.240 decessi e la Germania con1.218.524 casi confermati **e** 19.932 decessi.
In Europa, quindi, abbiamo superato i 20 milioni di casi e quasi 500.000 morti "*diretti*" e forse anche di più di morti "*indiretti*" (cronici e acuti che non hanno ricevuto le cure necessarie in tempo). Le previsioni prevedevano una "*seconda ondata*" per fine autunno in concomitanza con l'epidemia influenzale. Abbiamo invece registrato uno sviluppo di Covid19 con un mese e mezzo di anticipo sul previsto e con indici Rt allarmanti con un'attenuazione alla fine dell'anno.
Peraltro quanto sopra si sovrappone ad una realtà in cui vi è un costante prevalere delle patologie croniche e delle poli patologie (soprattutto negli anziani) nonché un costante sviluppo tecnologico con i suoi relativi costi, che ripropongono la necessità di garantire la sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso. Inoltre il rischio pandemico, aumenta le diseguaglianze nella salute tra le popolazioni, con crescita delle fragilità, spesso *"proxy"* di cronicità, diseguaglianze sociali e disuguaglianze economiche connesse alle contraddizioni proprie del modello attuale di sviluppo di sviluppo in era di globalizzazione.
Il SSN, pertanto, deve garantire diversi e omogenei livelli di risposta nell'assistenza territoriale e ospedaliera:

- *Bassa Complessità Assistenziale*: per i pazienti asintomatici dopo la loro individuazione tramite tamponi, esami sierologici o altro e tramite la tracciabilità dei loro spostamenti e contatti prima della

[1]*Cattaneo E. - Che cosa è le zoonosi, un fenomeno naturale antichissimo all'origine delle pandemie*. La Repubblica, 23 maggio 2020;
[2]Andersen, K.G., Rambaut, A., Lipkin, W.I. *et al. The proximal origin of SARS-CoV-2*. *Nat Med* **26,** 450–452 (2020);
[3] Fanpage.it *Il coronavirus forse circola fra noi da decenni: lo suggerisce uno studio* https://scienze.fanpage.it/ 2020;
[4]Imperial College COVID-19 *Response Team The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression* 26 March 2020;

verifica della loro positività (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG e degli specialisti territoriali)[5];

- *Media Complessità Assistenziale*: per i pazienti sintomatici precoci e non gravi da gestire in strutture di quarantena con vigilanza sanitaria e/o a domicilio con segregazione volontaria, ma assistita e/o risposta delle UDI dedicate, di strutture residenziali assistite specialistiche dedicate, di domiciliarità volontaria (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG, delle UDI e dei CAD/ADI dedicati);
- *Alta Complessità Assistenziale*: per i pazienti sintomatici gravi, spesso i soggetti più fragili per la presenza di una o più malattie, che hanno necessità di ricovero in ospedale e, in alcuni casi, di cure intensive (risposta dei Servizi Ospedalieri, in particolare unità di cura semintensive o di rianimazioni)

E', quindi, necessaria una gerarchia di livelli di risposta che coinvolgono tutte le macro aree delle ASL – prevenzione, territorio, ospedali - e la rete con le Aziende Ospedaliere, in una ottica di "*Assistenza circolare*" integrata e dedicata, ma anche con tutte le altre istituzioni dedicate ai servizi ai cittadini.
Dovremo quanto prima ridedicarci a coloro che con questa emergenza abbiamo lasciato in secondo piano: gli ammalati di "*altro"*: quelli con malattie croniche[6] come, ad esempio, i cardiopatici, i diabetici, i disturbi mentali, i soggetti fragili[7], ma anche gli oncologici e tutti coloro che erano e sono rimasti in attesa di essere sottoposti ad interventi chirurgici non urgenti[8]. Siamo stati costretti a ridurre momentaneamente i servizi e i posti letto per i bisogni di queste persone. Posti Letto e servizi che per altro non erano esuberanti, ma già con una disponibilità molto *"efficientata*".
Abbiamo aggiornato e implementato il Frame Work scientifico della nostra Associazione[9].Partendo dai suoi contenuti riteniamo, quindi, che occorre ripensare i modelli organizzativi e assistenziali della sanità pubblica.

Le proposte ASIQUAS in permanenza della pandemia…

Per gli impatti di Covid19 e altri virus sui SSR:

a) Avere Piani Pandemici nazionali e regionali aggiornati e operabili al bisogno in tempi stringenti;
b) Fondamentali sono le attività di prevenzione*, testing,* e tracciamento dei contagi;
c) È necessario tenere separati i percorsi "*No Covid19*" (acuti e cronici) dai percorsi "Covid19*"*[10]*;*
d) È necessario prevedere reti assistenziali dedicate, ovvero, una per l'emergenza e urgenza, una per l'elezione e gli interventi programmati e una per i pazienti "*Covid19",*
e) Gli ospedali devono specializzarsi verso gli acuti e i "*Covid19*", con reti separate;
f) Inoltre gli ospedali per acuti a fronte della/delle pandemie virali devono avere modelli a "*fisarmonica*" in grado di adattarsi in tempi brevissimi alle esigenze di salute prioritarie delle popolazioni, senza abbandonare target di pazienti cronici e poli cronici;
g) Le "*prese in carico*" devono essere gestite in integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili, conseguentemente le competenze tecniche e relazionali degli operatori devono essere implementate in base alle esigenze assistenziali nuove che si sono verificate;

---

[5] ISQUA-Oxford University, *Responding to Covid19: the experience from Italy and responsability for management and prevention*, *International Journal for Quality in Health Care*, 2020, 1-3 doi 10.108/intqhc/mraa057 – Editorial, 2020;
[6]JAMA Network Open. 2020;3(7):e2016933. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.16933 - *Comparison of Weighted and Unweighted Population Data to Assess Inequities in Coronavirus Disease 2019 Deaths by Race/Ethnicity Reported by the US Centers for Disease Control and Prevention* Tori L. Cowger, MPH e altri, July 28, 2020;
[7]JAMA Network Open. 2020; *L'importanza delle popolazioni di cura a lungo termine nei modelli Covid-19*, di Karl Pillester e altri, 9 giugno 2020;
[8]Imperial College, London, Report 27 *Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic,* Ruth McCabe,*15 June 2020 Imperial College COVID-19 response team;*
[9]*La Qualità in sanità*, *Frame Work scientifico di ASIQUAS, 2020*;
[10]Imperial College, London, Report 27 *Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic,* Ruth McCabe,*15 June 2020 Imperial College COVID-19 response team.*

Proposte per la riorganizzazione dei SSR anche dopo la pandemia:

a) Le reti territoriali devono essere diversificate e integrate tra servizi sanitari e sociali, ripensando i modelli operativi, favorendo quelli di assistenza domiciliare, di prossimità e di comunità, nonché le reti di prevenzione e screening, che anche con la pandemia hanno fatto la differenza;
b) Le strutture residenziali e semiresidenziali devono essere integrate in reti "*dedicate*" e devono essere sviluppati a livello nazionale i loro requisiti di "*accreditamento*";
c) Proponiamo un approccio di *"ospedale diffuso*" nei territori, integrando e valorizzando le presenze sanitarie e sociali, pubbliche e private "*accreditate*", la cooperazione, l'associazionismo e il volontariato. "*Ospedale diffuso*" in quanto anche alternativa strutturata all'ospedalizzazione tradizionale e spesso *"impropria*" e come strumento di coordinamento e integrazione dei servizi;
d) Per favorire la connessione tra ospedale e territorio proponiamo una gestione delle reti soprattutto territoriali con una maggiore presa in carico infermieristica inserendo a pieno titolo l'attività dell'infermiere di famiglia che gestisca non solo le cronicità, ma possa effettuare interventi di promozione della salute in tutti gli ambiti di vita intercettando i bisogni di salute per il mantenimento dello stato di benessere, oltre ad attivare a pieno la funzione di case manager.
e) L'inserimento di psicologi nelle Unità Territoriali e nei livelli di alta complessità assistenziale può comportare una migliore gestione della sofferenza e un rafforzamento degli altri operatori nella gestione delle relazioni e nella comunicazione, consentendo di procedere più efficacemente nei protocolli di cura;
f) I sistemi di monitoraggio e valutazione devono guidare la pianificazione, l'implementazione il controllo e il miglioramento continuo e supportare il tutto;
g) Dobbiamo avere anche piani adeguati per garantire l'acquisizione, la produzione e l'autosufficienza per farmaci, tamponi e DPI (dispositivi di protezione individuale) nonché per *technological device* a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia

La vision ASIQUAS: le proposte per un sistema sanitario "integrato" e resiliente anche dopo … Covid19.

1. Adeguatezza delle risorse per il Servizio Sanitario nazionale.[11,12]

Le statistiche Eurostat (riferite al 2016) collocano l'Italia in tredicesima posizione per la spesa sanitaria (8.9%) rispetto al PIL. In vetta si trovano Francia (11.5%), Germania (11,1%) e Svezia (11%). Considerando la spesa sanitaria per abitante in testa si trovano Lussemburgo (€ 5.600 pro capite), Svezia (€ 5.100) e Danimarca (€ 5.000 euro). Segue un gruppo di Paesi (Olanda, Germania, Austria e Irlanda) con valori tra 4.200 e 4.300 euro, un altro gruppo (Francia, Belgio, Finlandia e Regno Unito) nella fascia 3.600/3.800 euro. In Italia la spesa per abitante è stata di 2.500 euro. La spesa sostenuta privatamente (l'*out of pocket*) dai cittadini della Unione Europea corrisponde al 15.7% del totale. Anche in questo caso si registra una forte variabilità: es il 10% in Francia, mentre l'Italia supera la media U.E. con il 22,9%. Appare evidente che il nostro Paese a fronte di paesi a noi più vicini per numerosità di popolazione (nel 2016 in Germania 81.2 milioni, Francia 66.4, Regno Unito 64.8, Italia 60.4) mostra una spesa decisamente inferiore. La spesa per abitante è inferiore del 41 % rispetto alla Germania e del 32% rispetto alla Francia e Regno Unito. Non è certo con incrementi annui del fondo sanitario di 1 o 2 miliardi che si copre tale divario con le altre nazioni europee. Serve un impegno notevole e costante nel tempo adeguato ai bisogni di riqualificazione del SSN e dei SSR.

[11] Vedi la "*Dimensione*" [1] "*Accessibilità e Tempestività*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020; e vedi la *"Dimensione"* [3] "*Adeguatezza Risorse Umane, strutturali e tecnologiche*", Ibidem, 2020;
[12] Vedi la "*Dimensione*" [12] "*Soddisfazione/benessere degli operatori"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020.

2. **Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedaliero, territoriale, prevenzione).[13,14]**
   Erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone) all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti[15], attraverso lo sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali. Nei Paesi dove i sistemi sanitari sono o troppo *"ospedalocentrici*" o "*privati"*(USA) la differenza di risposta alla Pandemia di CoVid19 ha messo in evidenza le carenze strutturali dei sistemi (carenza di risorse tecnologiche (uomini e macchine), di procedure integrate, con un disegno della dotazione di posti letto da rivedere (medicina d'urgenza e sub intensiva). Anche in Italia i SSR che hanno modelli di "*integrazione diffusa*" (*Desease Management* e *Modello Kaiser Permanent*)[16][17]nel territorio come Veneto e Emilia Romagna, hanno dimostrato un maggiore resilienza alla pandemia che quelli *"ospedalocentrici*";

3. **Conoscere i bisogni reali delle popolazioni attuali e in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (demografici e sociali).[18,19]**
   Nei SSR dove si è lavorato di più nell'analisi del trend demografico e dei bisogni di salute delle popolazioni residenti si è riusciti a riequilibrare meglio l'allocazione delle risorse disponibili per singoli territori e per aree specialistiche;

4. **Ridefinire i modelli regolativi degli ospedali.[20,21,22,23,24]**
   Se dovremo convivere a lungo con questo e altri "*spillover"* o virus derivati da "*zoonos*i", dobbiamo prevedere "*Piani Pandemici"* e per maxi emergenze aggiornati e realistici in grado di cambiare finalizzazione e ruolo delle strutture sanitarie in funzione delle caratteristiche della minaccia di salute da affrontare. Ovvero, avere modelli organizzativi e strutturali "*modulari*", come già indicato nel DM 70[25], in grado di rispondere tempestivamente a variazioni anche repentine della domanda essere assemblati nel modo più utile e efficace.

5. **Sviluppare le strutture intermedie sia *"specialistiche*" che "*generaliste*" in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni.[26,27]**
   Occorre superare l'eterogeneità dei modelli organizzativi delle cure intermedie e territoriali e delle reti di cure primarie (MMG, PLS e specialisti territoriali), per uniformare la qualità, l'efficacia e

---

[13] Vedi la "*Dimensione*" [10] "*Integrazione e continuità assistenziale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[14] Vedi la "*Dimensione*" [12] "*Soddisfazione/benessere degli operatori"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020
[15] WHO (2018) - *Continuity and coordination of care* A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. *(N.d.R.: modificato);*
[16]Kanter MH, Lindsay G, Bellows J, Chase A. "*Complete Care at Kaiser Permanente: Transforming Chronic and Preventive Care".* The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2013; 9 (11): 484-494(11).
[17] Gavino Maciocco, Piero Salvadori, Paolo Tedeschi – "*Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kasier Permanente*" - Il Pensiero Scientifico Editore, 2009;
[18] Vedi la "*Dimensione*" [2] "*Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[19] Vedi la "*Dimensione*" [13] "*Soddisfazione dei pazienti*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[20]Vedi la "*Dimensione*" [4] "*Appropriatezza clinica*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[21]Vedi la "*Dimensione*" [5] "*Appropriatezza organizzativa e trasparenza*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[22]Vedi la "*Dimensione*" [7] "*Efficacia",* Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[23]Vedi la "*Dimensione*" [8] "*Efficienza*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[24]Vedi la "*Dimensione*" [11] "*Sicurezza*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020.
[25]Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 - *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* – Allegato 1, § 1.2.
[26]Pesaresi F.*: Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia*. I Luoghi di Cura (on line) n. 2 – 2020;
[27]Vedi la "*Dimensione*" [10] "*Integrazione e continuità assistenziale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

l'efficienza delle prestazioni in un approccio di "*garanzie"* di accesso ai LEA, che oggi sono fornite a "*macchia di leopardo*" nei territori delle singole ASL. Senza un grande sforzo di riorganizzazione è difficile rendere uniformi i sistemi di valutazione dei pazienti, le tipologie di servizi *"erogabili*" realmente e i conseguenti impegni di personale e risorse tecnologiche e la condivisione dei dati per diagnostica e assistenza a distanza. In questo contesto si colloca il tema della ridefinizione del ruolo dei Distretto socio sanitari delle ASL. Sia ridefinendone le funzioni: valutare i bisogni; promuovere la salute; alfabetizzazione sanitaria; intervenire proattivamente (sanità d'iniziativa); organizzare i servizi; garantire la continuità delle cure; impedire la segregazione delle persone non-autosufficienti. Sia implementando le "*Unità complesse di cure primarie*" (UCCP); la dotazione nei territori di strutture socio-sanitarie fisiche adeguate; la modernizzazione delle infrastrutture digitali.

6. **Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di "*continuità assistenziale*" verso la popolazione dei territori.[28,29,30]**
   Occorre potenziare le reti di "*Case della Salute*" o simili che vedano un'integrazione dei servizi distrettuali socio sanitari, delle forme associative dei MMG, PLS e Specialisti territoriali e degli infermieri di famiglia e delle ADI, nonché dei Punti di primo Soccorso e dei Servizi Sociali dei Comuni e delle loro forme associative. Senza forti reti territoriali "*integrate"* non si supera la centralità degli ospedali nei SSR. La riorganizzazione deve altresì adottare criteri di idonea localizzazione rispetto ai cittadini e ai pazienti a cui è diretta, accessibilità e funzionalità degli spazi. **Sciogliere il nodo "*storico*" di ruolo e di rapporto con MMG, PLS e specialisti territoriali, da parte dei SSR, ridefinendone ruoli e competenze in una visione unitaria delle cure primarie e della prevenzione[31].**È necessario ripensare se il "*sistema di convenzionamento*" in vigore è ancora adeguato o meno, se il "*massimalismo*" ha contribuito a trasformare i MMG e PLS spesso prevalentemente in *"prescrittori*", impedendogli di sviluppare adeguati livelli di *"clinica*" di base. Occorre affrontare il tema se si deve continuare a regolare il rapporto con questi professionisti sanitari in "*convenzione*" o con altre soluzioni contrattuali che li portino a essere parte attiva dei SSR.

7. **Ridefinire gli aspetti dell'integrazione sociosanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento.[32,33]**
   L'integrazione socio sanitaria deve partire dall'ordinamento dello Stato superando la divisione delle competenze sanitarie e sociali attribuite a Ministeri nazionali e Assessorati regionali diversi[34]. Sui territori gli operatori sanitari e sociali devono lavorare insieme, come spesso già oggi fanno, e soprattutto operare sugli stessi pazienti. Questa divisione di competenze crea inevitabilmente modelli di servizi difformi, tipologie di risposte non coordinate, spreco di risorse, per altro limitate, burocrazie parallele e disservizi verso i cittadini/pazienti. Integrare e riqualificare, recuperando efficacia, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure ed efficienza di allocazione delle risorse sono gli imperativi assoluti oggi. Le "*prese in carico*" devono tendere alla massima integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili.

---

[28]Vedi la "*Dimensione*" [10] "*Integrazione e continuità assistenziale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[29]Vedi la "*Dimensione*" [12] "*Soddisfazione/benessere degli operatori"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[30]Vedi la "*Dimensione*" [13] "*Soddisfazione dei pazienti*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[31]Vedi la "*Dimensione*" [10] "*Integrazione e continuità assistenziale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[32]Vedi la "*Dimensione*" [10] "*Integrazione e continuità assistenziale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[33]Vedi la "*Dimensione*" [14] "*Umanizzazione dell'assistenza"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[34] Apicella A, Banchieri G., Di Stanislao F. e Goldoni L. "*Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale*", Raccomandazione SIQUAS VRQ sulla "*Integrazione sociosanitaria*", Franco Angeli Editore 2013, Roma.

8. **Sviluppare una normativa "*integrata sociosanitaria*" in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandoni per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti.[35,36]**
   La popolazione dei territori ha sue specificità e vede una crescita esponenziale di cittadini over 65 cronici e poli cronici e spesso fragili per contesto sociale e per reddito a cui inevitabilmente occorre garantire sostegno, presa in carico, continuità assistenziale e accompagnamento nel tempo. Spesso la divisione tra servizi sanitari e sociali creano "*bolle*" di bisogni non gestite. Spesso la fragilità sociale e economica è un "*proxy*" di cronicità varie. Per superare questa situazione è necessario un lavoro di uniformazione normativa a livello nazionale e regionale che semplifichi e unifichi reti, operatori, risorse, competenze e semplifichi procedure di accesso e di gestione. È altresì indispensabile che i servizi pubblici, sociali e sanitari, adottino- in fase di convenzionamento, concessione e accreditamento – un adeguato sistema di valutazione e una metodologia di rapporti con gli enti gestori (IPAB, privati, cooperative) di strutture residenziali con varie denominazioni (RSA, Comunità residenziali, Case protette etc) che integri la loro presenza sul territorio nella rete delle cure sociosanitarie, oltre ai posti letto resi disponibili.

9. **Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti psicologici e di intervento sociosanitario.[37]**
   Il capitale fondamentale dei SSR sono gli operatori sanitari e socio sanitari che vi operano. La sanità, nella sua complessità, ha la massima concentrazione di laureati e specializzati del sistema Paese e incide per circa il 15% del PIL sul valore del "*Sistema Italia*". Quindi il *"capitale umano*" dei SSR va valorizzato e qualificato in modo adeguato e finalizzato alle risposte che le reti ospedaliere e territoriali sono chiamate a dare ai bisogni di salute delle popolazioni nel loro divenire. C'è ormai un grande problema di rivedere le competenze tecniche e relazionali che devono acquisire gli operatori sanitari e sociali in base allo sviluppo delle pratiche cliniche e assistenziali. C'è un problema di aggiornamento dei contenuti dei programmi dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e di Medicina, ma anche di quelli di altre figure professionali che ormai popolano numerose le aziende sanitarie e i SSR. Devono acquisire competenze relative al lavoro in equipe, alla gestione dei gruppi e dei conflitti, a come si pratica la leadership, a come si implementano l'*empowerment*, e le relazioni empatiche tra operatori/pazienti, come si curano aspetti cruciali quali informazione e comunicazione all'interno delle organizzazioni e con gli stakeholder. Acquisire principi e metodi dell'assistenza di territorio È necessario aggiornare i contenuti dei programmi dei corsi di Laurea delle professioni sanitarie e della professione medica;

10. **Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di piani d'intervento dedicati.[38,39,40]**
    Tutte le attività di assistenza basate su un approccio integrato hanno bisogno di essere supportate da raccolta, flussi e conservazione dei dati amministrativi clinici e assistenziali condivise, con un pronto recepimento anche di quanto raccolto con le innovazioni determinate dalla telemedicina, dalla tele assistenza e tele monitoraggio. Ormai la digitalizzazione in sanità è una esigenza inderogabile. Telemedicina, teleassistenza, tele monitoraggio, tele refertazione e qualsiasi altro supporto digitalizzato sono fondamentali in presenza di pandemie virali o batteriche per garantire presa in carico, continuità e monitoraggio delle cure tramite web. La telemedicina permette l'uso

[35]Vedi la "*Dimensione*" [10] "*Integrazione e continuità assistenziale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[36]Vedi la "*Dimensione*" [9] "*Equità"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[37]Vedi la "*Dimensione*" [6] "*Competenza professionale e culturale*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[38] Vedi la "Dimensione" [5] "*Appropriatezza organizzativa e trasparenza*", Frame Work scientifico ASIQUAS, 2020.
[39]Vedi la "*Dimensione*" [14] "*Umanizzazione dell'assistenza"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;
[40]Vedi la "*Dimensione*" [13] "*Soddisfazione dei pazienti*", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

ottimale delle risorse, il monitoraggio attivo dei pazienti, efficacia e appropriatezza delle cure, qualità e sicurezza per i pazienti. Oggi tutti gli applicativi esistenti sono integrabili fra loro. Non ci sono ostacoli tecnologici ai processi di integrazione e condivisione. E' una questione di volontà politica. Occorre uniformare i sistemi informatici a livello almeno regionale per garantire stessi diritti di accesso e di cura ai pazienti. Gli operatori devono potere e sapere utilizzare in modo adeguato e efficace gli applicativi e le infrastrutture informatiche esistenti. **Programmazione della produzione, dello stoccaggio e degli acquisti di vaccini e farmaci, tamponi e PPI (presidi di protezione individuale), nonché di *technological device* a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione, per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia**. La presenza in Italia di numerose e qualificate aziende farmaceutiche e di *medical device* e consumabili è un potenziale da valorizzare e portare a sistema per garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure.

L'adeguatezza delle risorse e l'occasione dei finanziamenti e il ruolo della UE.

Il *NextgenerationUE* e il *MES* sono due occasioni fondamentali da non perdere, ma non devono giustapporre all'esistente *"altro"* senza cambiare la visione complessiva della sanità pubblica. Se le imprese vanno verso modelli in rete, se i servizi possono essere attivati via web, se serve un nuovo asse produttivo basato su una economia circolare, fonti energetiche rinnovabili e green economy, occorre definire adeguatamente il ruolo del sistema sanitario come "*driver*" di sviluppo e di cambiamento con i settori a monte e a valle e la sua grande concentrazione di professionalità, come nessun altro settore del sistema Paese. Occorre continuare a valorizzare il ruolo degli operatori della sanità che sono il principale capitale umano del SSN e dei SSR.

Superare i modelli ospedalocentrici e crescere nei territori.

Gli ospedali ad alta specialità e le terapie intensive e semi intensive non possono essere l'unica arma "*letale*" del sistema …. Dobbiamo mettere lo "*scarpone a terra*", stare sui territori, avere un approccio di prossimità e di comunità, avere dei servizi proattivi. Tanta prevenzione e tanta *"self care"* supportata anche da un qualificato sviluppo degli strumenti digitali al servizio della salute. È nei territori che si gioca la battaglia contro il virus o i virus e contro le malattie croniche.

Si ringraziano per il contributo fornito alla stesura del documento i membri del CD ASIQUAS: Francesco Di Stanislao, Silvia Scelsi, Vincenzo Palmieri, Giorgio Banchieri, Caterina Amoddeo, Roberta Caldesi, Mara Cazzetta, Stefania Greghini, Susanna Priore, Susanna Sodo e i colleghi soci ASIQUAS Maurizio Dal Maso, Antonio Giulio De Belvis, Lidia Goldoni, Stefania Mariantoni, Mario Ronchetti e Andrea Vannucci.