



**Potenziamento e riorganizzazione della  
rete di assistenza territoriale**

I documenti esitati dalla FNO TSRM e PSTRP, sottoposti a periodica revisione, possono costituire un'occasione di confronto e di crescita interprofessionale. Per tale motivo, eventuali osservazioni e/o suggerimenti possono essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: [federazione@tsrm.org](mailto:federazione@tsrm.org)

Questo documento è stato promosso dal Comitato centrale della FNO TSRM e PSTRP ed è stato realizzato a cura del gruppo di lavoro dell'Università di Firenze:

- prof. Niccolò Persiani
- dott. Paolo Gazzaniga
- dott. Giuseppe Greco
- prof. Guglielmo Bonaccorsi
- dott.ssa Martina Giusti

Per i contributi specialistici si ringraziano:

AIDI, AIFI e Commissioni di albo dei Fisioterapisti, AIORaO, AIP, AITeP, AITeFeP, AITeRP, AITN, AITNE, AITO, AMPI, ANAP, ANDID, ANTeL, ANTOI, AsNAS, FASTeR, FIOTO, FITeLaB, FLI, UNID, UNPISI

*Dovranno essere recuperati i tempi di attivazione delle centrali operative regionali, previste fin dagli Accordi Stato-Regioni del 2013 e 2016. Dette centrali, infatti, rappresentano un indispensabile strumento di coordinamento dei servizi di assistenza presenti sul territorio e del loro raccordo con le altre aree territoriali o a livello nazionale.*

*In positivo va rilevato ... il rafforzamento dell'assistenza territoriale ed in particolare di quella domiciliare, che ha rappresentato uno dei punti deboli durante la pandemia, ma di cui già in precedenza erano evidenti le carenze.*

*La necessità di prevedere un lungo periodo di convivenza con il virus richiede, innanzitutto, di rafforzare il sistema sanitario adeguandolo ad una emergenza particolare, consentendo in tal modo di corrispondere alle attese di cura dei cittadini. Di qui non si può che condividere lo sforzo operato nel decreto di incidere sull'assistenza territoriale, prevedendo misure che, pur concepite nell'emergenza, sembrano destinate a estendere la loro validità anche oltre tale limite*

**Memoria della Corte dei Conti sul DL 34/2020 (A.C. 2500) del 28 maggio 2020**

## PRESUPPOSTI

L'occasione di ripensamento complessivo dell'organizzazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari a seguito della pandemia Covid-19, così come enunciato nel cosiddetto "Decreto Rilancio" (decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, articoli 1 e 2), non può essere perduta e deve necessariamente condurre a una riflessione condivisa tra e con tutti i professionisti che operano a favore della salute dei cittadini. Questo è senza alcun dubbio l'aspetto di fondo più importante: il ripensamento in questione deve veder coinvolte tutte le professioni sanitarie, perché il contributo di ciascuna di esse è imprescindibile per un sistema-salute moderno, appropriato e sostenibile.

Per rispondere alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute sarà necessario potenziare le attività di prevenzione, diagnostica e riabilitazione territoriale, nonché tutta l'offerta di assistenza domiciliare. Il mandato "forte" è passare da una sanità di attesa a una sanità multipolare e di iniziativa. E per far questo occorrerà puntare sulle tecnologie digitali, sul lavoro in *equipe* multidisciplinari e multiprofessionali, su organizzazioni aperte e flessibili che non siano delimitate da mura fisiche. Tutto ciò, in effetti, è già oggi chiaro perché molti professionisti avevano lanciato, ben prima del 21 febbraio 2020 (data del primo caso registrato di Covid-19 in Italia), un preciso grido di allarme riguardante l'impossibilità di una risposta efficace all'espandersi della fascia di popolazione più fragile, e tipicamente multicronica, mediante un'offerta di assistenza tuttora sbilanciata sui servizi mirati alle acuzie, che trovano la propria ragion d'essere soprattutto in ambito ospedaliero.

Nel cogliere l'opportunità data dal sopracitato decreto – che ha già stanziato per il 2020 circa 1,3 miliardi aggiuntivi per il rafforzamento della risposta sanitaria territoriale – si dovranno mettere in campo ragionamenti e soluzioni in grado di andare oltre la fase 2 della pandemia da Covid-19 e di eventuali nuove fasi 1 pandemiche. L'atteso potenziamento e l'attesa riorganizzazione della rete dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione territoriale dovranno focalizzarsi su una serie di aspetti di fondo quali: la presa in carico dei soggetti cronici complessi, possibilmente nella fase pre-patologica attraverso l'individuazione di segnali prodromici allo sviluppo della cronicità franca; gli aspetti epidemiologici della complessità, per una corretta lettura del bisogno in tutti i suoi differenti aspetti; le strategie di gestione della complessità, che necessariamente dovranno avvalersi di tanti professionisti in team, così come del supporto tecnologico utile e adeguato; l'integrazione ospedale-territorio come elemento fondamentale della continuità di cura, accompagnando il cittadino in un continuum graduale di risposte e interventi parametrati alle varie fasi della cronicità e delle potenziali riacutizzazioni; la prevenzione agita sul campo, sia a livello collettivo, che individuale; le forme assistenziali domiciliari e l'integrazione professionale a questo livello; gli interventi domiciliari socio-sanitari, che stratifichino il bisogno anche sulla base delle difficoltà di vita del cittadino; il potenziamento dei servizi semiresidenziali e di residenzialità assistita, con un focus specifico sulle RSA, sui centri diurni, anche e soprattutto in soggetti con decadimento cognitivo-comportamentale (un esempio per tutti: i laboratori e gli atelier Alzheimer) e con disabilità, fisiche e psichiche.

In questa prospettiva, sarà necessario un ripensamento organizzativo che passi dall'attribuzione di responsabilità e ruoli "diffusi" tra le diverse professioni sanitarie, abbandonando o rivedendo in modo sostanziale il ruolo centrale e dominante della sola medicina generale come caposaldo dell'assistenza capillare e diffusa sul territorio. Da una diversa interpretazione di ruoli e responsabilità tutti hanno da guadagnare: gli stessi medici di medicina generale in primis, grazie a percorsi condivisi e risposte che affrontino la complessità e la cronicità con tante competenze diverse e preordinate in PPDTA (percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali); le professioni sanitarie, che vedrebbero finalmente realizzarsi le condizioni che, a partire dalla creazione di percorsi di laurea e laurea magistrale a loro dedicati, debbono necessariamente trovare lo spazio culturale e professionale garantito dalle nuove e più elevate competenze in ingresso; e soprattutto i cittadini, portatori di bisogni e di interessi, che finalmente non si troverebbero più a dover rincorrere risposte e ricostruire percorsi in modo spesso caotico e privi di guide certe.

In buona sostanza, la pandemia Covid-19 ha reso oltremodo evidente l'impellenza di un cambiamento atteso, le cui premesse e motivazioni soggiacciono da molto tempo. Ma se, da un lato, ci è sufficientemente chiara la direzione di marcia, dall'altro ci aspetta un percorso di scoperta e di ricerca riguardante i modelli da implementare concretamente e di conseguenza la soluzione a determinate criticità specifiche: con le scelte giuste questo percorso ci condurrà a soluzioni appropriate e costo-efficaci di cui c'è assoluta necessità. Ma questo potrà avvenire, lo ribadiamo, solo e soltanto attraverso il reale coinvolgimento e il fattivo contributo di tutte le professioni, ciascuna con le proprie specifiche competenze da condividere in nuovi modelli organizzativi e *Percorsi Preventivi, Diagnostici, Terapeutici, Assistenziali* (PPDTA) di presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni di salute.

Ogni professione dovrà aprirsi verso tutti coloro che possano migliorarne e impreziosirne il valore specifico, secondo il fine ultimo della salvaguardia e del potenziamento della salute dei cittadini. Ed è esattamente con questo spirito che il presente documento fornisce alcuni primi spunti provenienti dalle 19 professioni sanitarie della *Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione* (Figura 1).

L'obiettivo è quello di fornire contributi concreti, puntuali – anche richiamando determinati aspetti critici – per un cambiamento che segni il passaggio dall'attuale caleidoscopio di modelli regionali e aziendali verso una autonomia organizzativa che riconosca elementi *core* di equilibrio tra tutti i luoghi fisici di erogazione di servizi e prestazioni, nonché sulle modalità di accesso, di promozione della salute e di interventi di prevenzione e tutela, prima ancora che di diagnosi, cura e riabilitazione. Non un “libro dei sogni” quindi, e neppure una raccolta di richieste scollegate dal contesto e soprattutto dai venti di cambiamento che già soffiano; bensì un insieme di spunti che si reputano essere decisamente coerenti con affermazioni di principio largamente condivise tra gli *stakeholder* e alle quali occorre ora dare un seguito fattibile e fattivo.

Decreto istitutivo	Professione Sanitaria
<i>Area della Riabilitazione (Classe 2)</i>	
DM 666/1994	Podologo
DM 741/1994	Fisioterapista
DM 742/1994	Logopedista
DM 743/1994	Ortottista assistente in oftalmologia
DM 56/1997	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
DM 136/1997	Terapista occupazionale
DM 520/1998	Educatore professionale
DM 182/2001	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
<i>Area Tecnica (Classe 3)</i>	
DM 665/1994	Tecnico ortopedico
DM 745/1994	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
DM 746/1994	Tecnico sanitario di radiologia medica
DM 667/1994	Tecnico audiometrista
DM 668/1994	Tecnico audioprotesista
DM 744/1994	Dietista
DM 183/1995	Tecnico di neurofisiopatologia
DM 316/1998	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
DM 137/1999	Igienista dentale
<i>Area della Prevenzione (Classe 4)</i>	
DM 58/1997	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
DM 69/1997	Assistente sanitario

**Figura 1 - Elenco delle professioni sanitarie afferenti alla FNO TSRM e PSTRP**

## LA SPINTA INNOVATIVA DELLE REGIONI NEL RIDISEGNO DEI SERVIZI TERRITORIALI

I nuovi modelli di servizi territoriali dovranno fondarsi, sulla spinta di quanto già intrapreso in alcune aree del Paese, sul riassetto delle cure primarie e dei dipartimenti di prevenzione e sulla sperimentazione di diverse configurazioni di strutture sanitarie e socio-sanitarie intermedie fra ospedale e domicilio, in grado di realizzare la presa in carico dei soggetti fragili, spesso cronici, polipatologici, anziani, i cui bisogni di salute sono determinati da fattori sia clinici che sociali. La pandemia ha rivelato le criticità che ancora il sistema soffre nel portare le cure “al domicilio” del cittadino, anche nelle zone avanzate d’Italia: non sempre i modelli di sanità di iniziativa, anche quando correttamente declinati sul piano teorico, hanno previsto un serio investimento di pensiero, azioni e risorse.

La maggior parte dei nuovi modelli regionali integrati di interventi sanitari e socio-sanitari dovrà sempre più passare attraverso la configurazione di Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PPDTA), che assumono una forte valenza di tipo organizzativo e professionale: una modalità non nuova di lavorare, ma che spesso non è stata agita anche a causa di separatismi di carriera che sedimentano, anziché integrare, le competenze. In tale prospettiva le Regioni hanno già – almeno parzialmente – definito percorsi continuativi e unitari che si articolano di fatto attraverso una rete estesa di strutture e modalità di offerta, con l’obiettivo di sfruttare anche le opportunità delle nuove tecnologie per la diagnosi precoce di patologie a impatto sociale elevato e degli strumenti di Sanità digitale e di Telemedicina.

La strada futura sarà marcatamente rivolta al lavoro in *equipe*, con specifici ruoli ma all’interno di collaborazioni tra pari in cui il valore aggiunto sarà sinergico, e non additivo, per le risposte di salute da offrire ed erogare.

## I FATTORI CRITICI DI SUCCESSO DEI NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA TERRITORIALE

La spinta innovativa alla riprogettazione delle interdipendenze verticali e orizzontali all’interno dei nuovi modelli di sanità territoriale si è già indirizzata verso forme aggregative di alcuni professionisti. Ad esempio, nell’ambito della Medicina Generale attraverso la costruzione di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, coinvolgendo figure come gli infermieri e gli operatori socio-sanitari, oltre agli stessi specialisti ambulatoriali. Soluzione simile si sta prospettando in alcune regioni nelle *Zone-Distretto* con la costituzione delle *Case della Salute*, in cui fianco a fianco le risposte sociali e sanitarie di determinati territori vengono evase da professionisti che operano in prossimità della propria area geografica di riferimento.

In questa prospettiva diventano fondamentali le scelte degli strumenti di *governance* e di programmazione, operate dalle diverse Regioni per garantire i necessari processi di integrazione strutturali e/o funzionali, a partire dalla stratificazione della domanda e dall’individuazione delle sotto-popolazioni target, come condizione di indirizzo della presa in carico. Al contempo, prendono forma profili sempre più personalizzati di presa in carico, attraverso l’adozione di *Piani Assistenziali Individuali* (PAI) e *Piani Assistenziali Personalizzati* (PAP) a beneficio soprattutto dei soggetti in condizioni di più elevata complessità sanitaria e socio-assistenziale. Anche in tal caso, però, i livelli di isogravità per l’attribuzione dei profili assistenziali ai singoli portatori di bisogno vedono forti disomogeneità interregionali, che spesso non consentono confronti e, di conseguenza, complicano la definizione di *best practices* di cura. Per il momento, dunque, una sanità pubblica in grado di dare risposte efficaci sulla base del rischio, dell’eliminazione delle barriere all’accesso e capace di annullare le diseguaglianze socio-economiche è ancora da venire e tutta da costruire, anche se richiamata fin dal 1978 con la prima grande legge costitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

La riprogettazione delle interdipendenze si deve dunque tradurre nello sforzo di ridisegnare e valorizzare i flussi informativi, come perno su cui costruire i processi integrati di presa in carico dei cittadini portatori di bisogni di salute in ogni luogo di cura e di assistenza possibile, lungo il continuum ospedale-territorio. Nell'ultimo decennio la disponibilità di strumenti digitali – quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina – ha offerto l'opportunità di collegare in maniera più proficua medici, professionisti sanitari, assistiti, strutture e informazioni.

Con l'attuale nuova ondata di tecnologie innovative – quali *mobile health*, *Internet of things*, *big data analytics*, *cloud computing*, intelligenza artificiale, genomica medica, robotica collaborativa – vi è la possibilità di riprogettare alla radice i sistemi-salute verso un vero e proprio ecosistema dell'innovazione, attraverso lo sviluppo di nuovi servizi digitali a beneficio di *policy-maker*, operatori sanitari e persone assistite.

Il processo intrapreso nel campo della diagnostica, terapia e riabilitazione, dovrà diventare cogente anche nel settore della prevenzione – nello specifico dei dipartimenti di prevenzione, ma in realtà in qualunque ambiente di cura – il cui ruolo e importanza sono emersi con forza in emergenza Covid-19 e il cui impatto sul controllo della pandemia è stato, ed è tuttora, assolutamente strategico nella gestione dei casi e dei contatti. La prevenzione collettiva e la prevenzione individuale debbono diventare veri obiettivi da perseguire, con professionisti e risorse dedicate, anziché paradigmi di politica sanitaria da sempre enunciati e altrettanto poco praticati. Riscoprire il valore del “venire prima” della patologia dovrebbe essere una delle chiavi interpretative delle professioni sanitarie del domani nei nuovi organi territoriali, qualunque sia la professione e il professionista in esame.

## IL SALTO DI QUALITÀ ATTESO

L'eterogeneità dei modelli regionali e le numerose questioni ancora aperte mostrano la necessità di avviare una nuova fase di sviluppo dei servizi territoriali e preventivi per rispondere in maniera più compiuta alle tante aspettative generate sia dall'odierna pandemia, sia da quanto accaduto nell'ultimo decennio per la presa in carico di soggetti fragili, spesso cronici, polipatologici e anziani, già oggetto di interesse del *Piano Nazionale della Cronicità* (PNC).

Un'ambiziosa sfida di sistema che mira a ridisegnare la struttura sanitaria nel suo complesso e gli specifici percorsi per la cronicità, a definire gli elementi chiave e trasversali dei nuovi modelli organizzativi, a specificare il *macro* processo di gestione di persone con bisogni di salute, a fornire indicazioni per la costruzione degli indicatori di monitoraggio all'interno di una visione unitaria e omogenea sul territorio nazionale.

Lungo questa prospettiva emergono 8 direttrici di sviluppo della sanità territoriale per il salto di qualità atteso, con particolare riguardo ai bisogni tematici emergenti delle Regioni.

### 1. Stratificazione e *targeting* della popolazione

- Sperimentazione di modelli e piattaforme di stratificazione della popolazione secondo dinamiche di rischio sociale e sanitario, per disegnare specifiche azioni per ciascun target
- Definizione della lista di indicatori socio-sanitari in grado di monitorare i processi, gli esiti, le risorse e la qualità degli interventi, delle azioni e dei percorsi messi in atto.

### 2. Prevenzione e promozione della salute

- Interventi di popolazione mirati a migliorare il livello di salute delle comunità, ivi comprese le competenze dei singoli cittadini nella decodificazione dei propri, specifici, bisogni, alla luce dello sviluppo della Health Literacy individuale, organizzativa e di popolazione

- Interventi di popolazione mirati alla prevenzione primaria, ovvero l'allontanamento/contenimento dei fattori di rischio
- Interventi di prevenzione secondaria collettiva, sia in ambito infettivologico che degenerativo-cronico, che permettano di impedire la progressione delle patologie dall'esposizione alle manifestazioni cliniche conclamate
- Interventi mirati all'identificazione precoce di condizioni di rischio sia in ambito di popolazione, che individuali;
- Attuazione di sistemi e reti di sorveglianza sulla prevalenza dei principali fattori di rischio responsabili del Burden of Disease, in ambito comportamentale, ambientale e sociale
- Valutazione del rapporto tra salute e ambiente costruito, anche ai fini dell'ottimizzazione dei percorsi di cura.

### 3. Organizzazione dei servizi territoriali per la presa in carico del cittadino portatore di un bisogno di salute

- Censimento e revisione dell'offerta di servizi e prestazioni per una distribuzione delle risorse adeguate ai bisogni in una logica di integrazione multidisciplinare
- Creazione di una rete di strutture che assicuri la continuità della presa in carico, dalla manifestazione iniziale del bisogno fino alla sua risoluzione, anche attraverso reti specialistiche multidisciplinari
- Inserimento del cittadino in processi di gestione integrata, fondata sui PPDTA e su team multiprofessionali, parametrati sul rischio di sviluppo di patologia, sulla patologia in essere, sul suo potenziale di cronicizzazione e di conseguenze invalidanti a lungo termine
- Individuazione di figure di coordinamento e responsabilità nei vari snodi della sanità territoriale: continuità territorio-ospedale-territorio; organizzazione della sanità in team; lettura dei diversi contesti sulla base di indicatori e valutazioni epidemiologiche ad hoc; organizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione; valutazione HTA (*health technology assessment*) e HIA (*health impact assessment*) a favore dell'adozione di nuove tecnologie
- Concentrazione di risorse, competenze, dotazioni strumentali in luoghi fisici per favorire le interdipendenze della filiera.

### 4. Integrazione socio-sanitaria per la presa in carico

- Promozione del welfare di comunità per favorire il benessere del cittadino in vari stadi di bisogno ed evitare la medicalizzazione di disagi e fragilità sociali
- Sviluppo degli interventi utili a garantire il diritto di fruizione dei servizi e l'equità di accesso alle reti socio-sanitarie
- Implementazione delle procedure di presa in carico unitarie e dei Punti Unici di Accesso con la definizione dei PAI
- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), anche attraverso la Sanità digitale
- Creazione di servizi e risposte al decadimento cognitivo comportamentale, a favore del singolo, ma anche con funzione di supporto e sollievo alle famiglie
- Ripensamento delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, anche con l'impiego dell'eHealth.

## 5. Erogazione degli interventi personalizzati ed *empowerment* del cittadino

- Promozione di una logica pro-attiva attraverso il Piano di cura personalizzato e il Patto di cura condiviso
- Sviluppo e promozione di interventi di sanità di iniziativa nell'ambito di modelli tipo *Chronic Care Model* e *Expanded Chronic Care Model*
- Sperimentazione di interventi che favoriscono l'*ability to cope* e le abilità di auto-cura dell'assistito, in ottica di *empowerment* del cittadino
- Sostegno alle attività di formazione ed educazione dei cittadini, valorizzandone le risorse residue, potenziandone i livelli di *health literacy* e coinvolgendo il mondo del volontariato socio-sanitario.

## 6. Valutazione della efficacia e della qualità delle cure erogate

- Definizione di un sistema di monitoraggio attraverso indicatori per la valutazione della qualità della vita e per il monitoraggio di processo ed esiti di cura, in linea con le risorse disponibili
- Costruzione di database integrati di dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati e la qualità dell'assistenza
- Sviluppo di modelli di valutazione che prevedano il punto di vista della persona assistita, nell'ottica dei PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) e degli esiti (*PROMs - Patient Reported Outcome Measures*).

## 7. Sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della Telemedicina

- Formazione continua degli assistiti e degli operatori all'uso appropriato delle tecnologie digitali
- Diffusione dei sistemi informativi esperti per il monitoraggio di PPDTA, Piani di Cura, performance degli operatori, *compliance* delle persone assistite
- Diffusione dei dispositivi mobili e dei sensori indossabili, per favorire prevenzione, *empowerment* e qualità della vita degli assistiti
- Promozione della Telemedicina nei modelli assistenziali territoriali
- Sviluppo di nuovi accordi di partenariato con l'industria.

## 8. Nuovi modelli di remunerazione e di finanziamento integrati dei servizi socio-sanitari

- Implementazione di forme di remunerazione onnicomprensive delle prestazioni socio-sanitarie per la cronicità
- Rappresentazione contabile unitaria dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali integrati
- Sviluppo di una *governance* pubblica delle diverse forme di welfare integrativo a copertura dei servizi socio-sanitari.

## **UNA VISIONE DI POLICY DELLA FNO TSRM e PSTRP PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE**

La riflessione interna – condotta a maggio 2020 – fra le 19 professioni che afferiscono alla FNO TSRM e PSTRP ha consentito alla Federazione di elaborare una prima visione di *policy* sulle priorità d'azione per il potenziamento e la riorganizzazione della rete dei servizi di sanità territoriale e

domiciliare. Di seguito tali proposte vengono portate a sintesi comune, con l'obiettivo di contribuire al dibattito in corso sia a livello regionale che nazionale.

### ***1. Potenziare le attività di prevenzione, individuale e collettiva, nei contesti di vita e di lavoro***

È fondamentale agire sui fattori di rischio e sui determinanti della salute prima di trovarsi a dover gestire emergenze, pandemiche o meno che esse siano. La prevenzione, a partire da quella primaria in tutte le sue numerose declinazioni, deve quindi avere un ruolo effettivamente centrale che si traduca in piani mirati (che vanno predisposti) e risorse idonee alla realizzazione degli stessi (che vanno assicurate).

In tal senso, il recupero alla piena funzionalità dei dipartimenti di prevenzione permetterebbe di avere una cabina di regia attraverso cui le azioni e gli interventi di prevenzione collettiva possano trovare un coordinamento efficace.

Fare più prevenzione di popolazione significa investire maggiori risorse in:

- sorveglianza e vigilanza negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro;
- valutazione del rischio biologico, in ambito di popolazione generale e per gruppi ad elevata esposizione;
- valutazione del rischio chimico e fisico in ambito di popolazione generale e per gruppi ad elevata esposizione;
- campagne vaccinali;
- campagne di educazione alla salute per promuovere comportamenti corretti e sani stili di vita, determinanti nella prevenzione delle malattie;
- campagne di formazione e informazione sull'uso corretto di dispositivi di protezione individuale e prodotti disinfettanti, nonché dell'uso appropriato di tutte le precauzioni standard nei luoghi di cura, di vita, di lavoro;
- interventi nelle scuole di ogni ordine e grado, nelle comunità per soggetti fragili, negli ambienti confinati dedicati soprattutto alle età estreme (infanzia e adolescenza vs senilità) per evitare, contenere e prevenire fenomeni di decadimento fisico e cognitivo, nonché permetterne l'identificazione precoce.

Si tratta di attività che vedono il coinvolgimento primario di specifiche professioni sanitarie tecniche (*in primis i tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, gli assistenti sanitari*, ma che possono reperire contributi importanti da altre professioni su specifiche tematiche), ovvero professionisti specializzati, la cui presenza sul territorio è dunque essenziale affinché vengano compresi e adottati comportamenti preventivi e protettivi adeguati.

Inoltre è fondamentale sviluppare interventi di prevenzione secondaria individuale e collettiva, utilizzando gli strumenti di screening, individuali o di massa. Si fa riferimento a tecniche di indagine diagnostica per l'individuazione di soggetti che presentano elementi di sicura o almeno probabile esposizione o, in qualche caso, di presenza di malattia (in questo caso, l'intervento si concretizza in una diagnosi precoce).

Gli screening di sanità pubblica, rivolti a ampie fasce di popolazione, debbono tuttavia essere mirati nei confronti di quei soggetti che per età, sesso, attività lavorativa o altre condizioni di rischio potenziale, presentino una maggiore probabilità di sviluppare una patologia. Essi pertanto non costituiscono di regola un'indagine a cui sottoporsi una tantum, ma dovranno essere individuati gli intervalli temporali necessari per poter intercettare quegli elementi di probabile esposizione senza concedere tempo all'instaurarsi della malattia.

Perché uno screening possa essere proposto come strumento gratuito ad ampie fasce di popolazione, deve adempiere a una serie di prerequisiti:

1. deve rispondere ad un criterio di rilevanza sociale (diffusione o gravità) della patologia oggetto di screening;

2. debbono essere disponibili trattamenti efficaci per l'eventuale patologia diagnosticata;
3. debbono essere disponibili servizi di 2° livello per approfondimento diagnostico;
4. deve esistere di uno stadio pre-clinico individuabile;
5. il test deve essere accettabile da parte della popolazione che vi sarà sottoposta;
6. debbono essere definiti e condivisi i parametri di normalità, che consentono di identificare eventuali condizioni di rischio;
7. devono rispondere a un favorevole rapporto costi-benefici;
8. è necessario che, una volta iniziato, vi sia una attuazione continuativa del programma, impegnando a tal fine risorse del sistema in modo non episodico o di breve durata.

Ad oggi, in Italia, vengono condotti tre screening di popolazione volti all'individuazione di soggetti a rischio di sviluppare alcuni tumori (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon-retto). In futuro, potrà essere aumentata l'offerta, nonché il potere di discriminazione diagnostica su quelli già esistenti.

## **2. Valorizzare le *equipe multi-professionali all'interno del ripensamento del sistema dei PPDTA***

La pandemia Covid-19 ha evidenziato la precarietà sia di uno sbilanciamento generale sull'asse ospedaliero, sia di un modello di sanità territoriale centrato esclusivamente sul MMG, confermando con ciò la necessità di sviluppare reti di *equipe* multi-professionali che sul territorio condividano le azioni di volta in volta intraprese o da intraprendere.

Le 19 professioni sanitarie della Federazione oggi sono presenti sul territorio a macchia di leopardo; alcune insistono quasi esclusivamente in ambito ospedaliero mentre altre svolgono le proprie attività prevalentemente in ambito privato. Quasi tutte soffrono di carenze di organico. Questa situazione impedisce a tutti i cittadini di vedersi riconoscere gli stessi livelli di presa in carico e cura e soprattutto rappresenta un'enorme barriera all'accesso per la popolazione fragile, disabile, relativamente a prestazioni sanitarie che sono fondamentali per la propria salute e per contenere la spesa sanitaria complessiva, soprattutto garantendo i servizi che servono e non prestazioni inutili e inappropriate.

Tali professioni dovranno quindi essere presenti – anche in maniera flessibile e per specifici obiettivi - nelle suddette *equipe* così da poter gestire le persone in tutti i *setting* di cura (unità territoriale, struttura protetta, domicilio, ecc.), a cominciare da quelli che oggi vengono meno raggiunti, come i domicili e le residenze sanitarie (spesso non adeguatamente) assistite.

La compresenza di percorsi arricchiti da una serie di figure preordinate in specifici PPDTA del territorio consentirebbe anche di evitare tempi morti, prestazioni inutili e ottimizzare servizi, ottenendo un rapporto costo/efficacia probabilmente maggiore se il governo dei percorsi sarà indirizzato in maniera appropriata, secondo le evidenze già emerse dalla letteratura scientifica e dalle *best practices* internazionali.

In tale prospettiva va ripensato contestualmente il sistema dei PPDTA regionali e aziendali, per includere gli interventi dei professionisti sanitari all'interno del ventaglio delle prestazioni programmate, integrando l'attuale preponderanza dell'offerta clinica-specialistica, in modo da modellare i nuovi PPDTA sugli effettivi bisogni delle persone con differenti bisogni di salute. Con particolare riguardo poi ai bisogni dei soggetti complessi, il passo successivo è favorire una progressiva personalizzazione dei PPDTA standard per andare verso una vera e propria personalizzazione della traiettoria assistenziale con lo sviluppo dei PAI, anche grazie all'esperienza sul campo dei professionisti sanitari. La direzione da intraprendere, proprio grazie alle possibilità offerte dagli ausili tecnologici, è lo sviluppo di un approccio di *precision medicine* sostenibile economicamente e professionalmente.

Peraltro, andranno approfondite e sperimentate soluzioni in grado di valorizzare al meglio la collaborazione tra professionisti in convenzione e professionisti con contratto di lavoro dipendente. I professionisti, a loro volta, dovranno tarare la risposta non soltanto sul bisogno, ma anche sul tipo di

*persona* che si trovano di fronte: in tal senso, la costituzione di organizzazione ed equipe alfabetizzate (HLHO: *Health Literate Healthcare Organization*) potrebbe offrire una spinta decisiva al contenimento delle diseguaglianze in sanità.

La Federazione, con il contributo delle 19 professioni sanitarie aderenti, è pronta a collaborare fattivamente con le Regioni, le ASL e gli altri attori dei sistemi sanitari regionali per sperimentare progetti pilota *ad hoc* sul coinvolgimento attivo dei suoi professionisti nelle equipe territoriali, al fine di valutare e misurare i benefici socio-economici in termini di salute mantenuta/guadagnata/recuperata, anche grazie all'apporto sostanziale di Telemedicina e sanità digitale.

### **3. Potenziare l'innovazione digitale e la Telemedicina territoriale e domiciliare**

Il disegno dei nuovi modelli di assistenza territoriale è strettamente legato alle potenzialità dei sistemi digitali, quale fattore abilitante della presa in carico integrata e personalizzata della persona fragile, cronica, non autosufficiente lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Da un lato si favorirebbe il lavoro delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali, dall'altro si otterrebbe un miglioramento della qualità dei servizi, potendo assistere più efficacemente un maggior numero di persone a domicilio. Allo stesso tempo ne gioverebbe la sostenibilità dell'intero processo assistenziale, liberando risorse umane ed economiche da reinvestire sul territorio.

In tale prospettiva l'esperienza dei professionisti sanitari afferenti alla federazione ordinistica costituisce un *asset* da valorizzare per la trasformazione digitale del SSN e per un uso appropriato delle tecnologie preventive, diagnostiche e riabilitative. Per sostenere i servizi sanitari regionali nella diffusione a largo spettro delle piattaforme digitali all'interno delle pratiche assistenziali sul territorio. I professionisti sanitari potranno fornire un contributo sostanziale nella formazione continua e nel coinvolgimento dei cittadini con bisogni di salute specifici all'uso appropriato dei dispositivi digitali anche al proprio domicilio, quale strumento di partecipazione attiva e di superamento delle barriere culturali che ancora persistono.

Le professioni sanitarie riconoscono i benefici che possono derivare dall'integrazione delle piattaforme digitali nei modelli gestionali di presa in carico della persona, in particolare:

- i sistemi di Telemedicina (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria, teleassistenza) in grado di rispondere in maniera più efficace e personalizzata ai bisogni peculiari degli assistiti, favorendo anche la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale (si pensi ad esempio al ruolo che possono svolgere sul territorio e a domicilio la Teleradiologia e, più in generale, le bioimmagini e i sistemi che ne consentono l'acquisizione, l'archiviazione e la condivisione);
- i sistemi integrati avanzati di diagnostica strumentale effettuabili sul territorio (es. laboratorio e ortottiche) e a domicilio (es. alcune prestazioni radiologiche, ortottiche);
- i dispositivi Mobile Health e i sensori indossabili per il monitoraggio dei parametri sanitari e degli stili di vita, utili allo sviluppo di nuovi percorsi assistenziali centrati su prevenzione, qualità della vita ed empowerment del cittadino;
- i sistemi informativi esperti per il monitoraggio dei PPDTA, dei Piani di Cura individuali, delle performance dei diversi soggetti professionali coinvolti nel percorso assistenziale, dell'aderenza dei pazienti ai follow-up.

A fronte di tali potenzialità le professioni sanitarie riconoscono il ritardo persistente del processo di radicamento dei sistemi digitali nei percorsi assistenziali, a causa della carenza di una massa critica sufficiente di investimenti economici e della mancanza di una riprogettazione profonda dei processi organizzativi.

#### **4. Investire sulla formazione universitaria e sulla qualità delle professioni**

La moderna sanità è fatta tanto da tecnologie quanto da professionisti. Così come le prime, anche questi ultimi non si possono improvvisare. A questo proposito servono due ordini di interventi.

Il primo intervento, affinché il SSN nel suo complesso e i SSR possano disporre di professionisti sanitari sempre più competenti e meglio formati, consiste nel potenziare l'offerta formativa universitaria per quanto riguarda i Corsi di laurea/Laurea magistrale, il Dottorato di ricerca e la *Formazione continua*, da riconoscersi attraverso eventi formativi in cui gli ECM maturati vadano sì a vantaggio dei singoli professionisti, ma anche – e forse soprattutto – a favore della migliore operatività dei servizi.

Il secondo riguarda la lotta ad ogni forma di “abusivismo professionale”. Accade ancora che talune funzioni assistenziali vengano svolte da figure professionali non specificamente formate e deputate a svolgere quel tipo di attività. L'*abusivismo professionale* non è accettabile. Alle carenze negli organici va risposto con un piano di potenziamento del personale con le competenze richieste, cominciando proprio da quelle professioni per le quali il *gap* tra dotazioni ideali e dotazioni effettive è maggiore, quali quelle deputate alle attività di prevenzione.

#### **5. Aggiornare i LEA e sburocratizzare i percorsi erogativi**

Per il potenziamento e la riorganizzazione della rete dei servizi di assistenza territoriale le professioni sanitarie riconoscono la necessità di aggiornare e ampliare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al fine di includere compiutamente una serie di prestazioni e servizi sanitari, al fine di rispondere adeguatamente e a pieno ai bisogni di salute dei cittadini. È questo il caso ad esempio della Terapia occupazionale (che andrebbe prevista nel trattamento di tutte le patologie che portano a limitazioni nelle attività quotidiane), dell'Assistenza nutrizionale (oggi confinata prevalentemente in ospedale), dell'Igiene dentale ai fini del mantenimento delle capacità masticatorie e prevenire almeno in parte la disfagia tipicamente diffusa in ospiti compromessi a livello fisico e cognitivo di strutture assistenziali residenziali e semiresidenziali. Mentre per superare le barriere al loro sviluppo, va previsto l'accesso dei servizi digitali nei LEA con schemi di rimborsabilità ad hoc, con particolare riguardo ai servizi di Telemedicina.

Allo stesso tempo determinate prestazioni sanitarie (*in primis* quelle ortoprotesiche, audioprotesiche, logopediche) – nonostante siano incluse nei LEA e risultino essenziali soprattutto per la popolazione fragile e disabile – sono tuttora difficilmente accessibili per via di un eccesso di “burocrazia”, che potrebbe essere agevolmente ridotta ricorrendo, ad esempio, alla dematerializzazione dei processi di erogazione.

In definitiva si tratta di rendere effettivamente esigibili i diritti codificati nei LEA, ma anche di rendere concretamente fruibili le prestazioni ancora non formalmente codificate, come nel caso dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LivEAS).