



IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

---

PROPOSTE ATTUATIVE DEL PIANO NAZIONALE DI  
RIPRESA E RESILIENZA

IL CONTRIBUTO DELLE 19 PROFESSIONI FNO TSRM e PSTRP

## INDICE

### PARTE PRIMA IL PNRR E LA VISIONE DI NUOVO SSN DELLA FEDERAZIONE TSRM e PSTRP

1. Premessa
2. IL PNRR come opportunità di rinascita del SSN
3. La visione della Federazione sull'evoluzione del SSN e il ruolo delle professioni sanitarie nel nuovo SSN

### PARTE SECONDA MISSIONE 6 – SALUTE

1. Premessa
2. M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE  
  
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute ambiente e clima  
  
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona  
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina  
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)
3. M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
  
Riforma 1 Riorganizzazione della rete territoriale degli IRCCS  
  
a. M6C2.1 Aggiornamento tecnologico e digitale  
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero  
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile  
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione  
  
b. M6C2.2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico  
  
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN  
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

# PARTE PRIMA

## IL PNRR E LA VISIONE DI NUOVO SSN DELLA FEDERAZIONE TSRM e PSTRP

### 1. Premessa

Il presente documento è frutto di un percorso di studio, portato avanti dalla Federazione nazionale TSRM e PSTRP (nel seguito "Federazione") col contributo delle 19 professioni sanitarie ad essa aderenti (figura 1).

Scopo del documento è la presentazione, da parte della Federazione, di proposte attuative del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (nel seguito PNRR) quale contributo allo sviluppo del nostro SSN e al rilancio del sistema socio-sanitario nella fase post Covid-19.

Traendo beneficio dalla presenza al proprio interno di numerose professioni sanitarie che oggi costituiscono un asse portante della sanità pubblica e privata del nostro Paese, si è voluto valorizzare il contributo fattivo che ciascuna è in grado di offrire alla nascita del nuovo Servizio Sanitario Nazionale, perseguendo l'obiettivo "alto" di un costante miglioramento nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e una sempre più attiva partecipazione di tutti i professionisti del mondo della salute al processo di riforma.

Il presente documento è stato articolato in due macro-sezioni:

1. La prima è dedicata alla presentazione della nuova visione che la Federazione ha maturato per il Servizio Sanitario Nazionale alla luce di quanto riportato dal PNRR in termini di assi strategici, missioni, riforme e componenti. Considerati, dunque, i principali obiettivi e le priorità perseguiti dal PNRR, nonché il livello di condivisione e il potenziale contributo che la Federazione ritiene di poter garantire, vengono presentate sia la visione unitaria del processo di riforma, sia le possibili traiettorie e le linee di sviluppo operative di un moderno SSN, che la Federazione auspica e al quale possa effettivamente e concretamente partecipare.
2. Nella seconda sezione tale visione viene declinata, per ciascuna riforma/investimento/obiettivo previsto nella Missione 6 (Salute) del PNRR, in linee progettuali di sviluppo e relative specifiche proposte di azioni da attivare (in taluni casi da parte della stessa Federazione), basate sulle indicazioni raccolte dai professionisti delle aree professionali coesistenti all'interno della Federazione (tecnico-diagnostica, tecnico-assistenziale, riabilitazione e prevenzione).

Al documento saranno successivamente allegate le schede di progetto sviluppate dalle Commissioni di albo nazionali delle 19 professioni, in cui si rappresenta, in forma progettuale, quanto elaborato nella parte generale.

### 2. Il PNRR come opportunità di ripensamento e rilancio di un SSN di tutti e per tutti

L'approvazione e l'attuazione del PNRR costituisce un'opportunità storica per il nostro Paese. La nuova visione che esso contiene, i nuovi obiettivi, le risorse che mette a disposizione faciliteranno una svolta storica del nostro Sistema-Salute che, da una parte, prepari il SSN ad affrontare la attuale ed eventuali future crisi pandemiche e sanitarie in senso lato (non dobbiamo dimenticare la cronicità dilagante legata ai cambiamenti demografici e all'esposizione a determinanti di patologie non trasmissibili) e, dall'altra, sia l'occasione per rivedere quanto in questi anni non ha funzionato o non si è dimostrato adeguato a perseguire i suoi obiettivi fondanti.

Le finalità poste alla base del PNRR vengo pertanto recepite dalla Federazione come fondamento per l'articolazione della propria visione strategica e, conseguentemente, delle relative linee progettuali di sviluppo. Di seguito, una sintesi di tali finalità identificate dal PNRR.

#### Area Tecnico-Diagnostica

- Tecnico sanitario di radiologia medica
  - D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Tecnico audiometrista
  - D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
  - D.M. 14.09.1994, n.745 (G.U. 09.01.1995, n.6)
- Tecnico di neurofisiopatologia
  - D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)

#### Area Tecnico-Assistenziale

- Tecnico ortopedico
  - D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Tecnico audioprotesista
  - D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
  - D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)
- Igienista dentale
  - D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114)
- Dietista
  - D.M.14.09.1994, n.744 (G.U.09.01.1995, n.6)

#### Area Riabilitativa

- Podologo
  - D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
- Fisioterapista
  - D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Logopedista
  - D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Ortottista - assistente di oftalmologia
  - D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
- Terapista della neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
  - D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica
  - D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
- Terapista Occupazionale
  - D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
- Educatore Professionale
  - D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)

#### Area della Prevenzione

- Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro
  - D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
- Assistente Sanitario
  - D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)

Figura 1 - Elenco delle 19 professioni sanitarie appartenenti alla FNO TSRM e PSTRP

***Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e degli assistiti, alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica***

Il contributo della Federazione a questo obiettivo prevede sia la partecipazione alla diagnosi di comunità relativa ai bisogni di salute espressi e non espressi, sia una comunicazione istituzionale delle professioni, in merito alle prestazioni e ai servizi offerti dalle stesse per rispondere puntualmente alle necessità di salute riscontrate nella popolazione. Inoltre, la Federazione promuove nel nuovo SSN un'alleanza terapeutica tra comunità servita e professionisti, che consenta di potenziare l'assistenza di prossimità e la casa come primo luogo di cura: "entrare in casa" significa infatti creare un rapporto fiduciario tra professioni, professionisti e cittadini portatori di diritti e di bisogni assistenziali.

***Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari***

La Federazione si rende disponibile a supportare il lavoro svolto dagli organi istituzionali deputati (Ministero della Salute, Regioni, Conferenza Stato-Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, Aziende sanitarie, pubbliche e private, ...) nella creazione di proiezioni organizzative e funzionali per uscire dai luoghi classici di cura e andare incontro alle persone, soprattutto quando più svantaggiate per difficoltà fisiche, geografiche, economiche e sociali, in linea anche con le finalità della Missione 5 (Coesione e Inclusione) del PNRR. L'obiettivo è compensare le attuali disuguaglianze assistenziali territoriali e colmare la distanza tra i tradizionali luoghi di cura e la quotidianità dell'assistito, rafforzando la rete sanitaria e sociosanitaria nel territorio con migliori servizi di assistenza primaria e con una più stretta collaborazione con il terzo settore e, più in generale, con l'intera collettività.

***Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio***

La Federazione offre il proprio contributo nella revisione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria per comprendere dove il cambiamento debba prioritariamente essere realizzato, tanto sul piano organizzativo (a favore di una maggiore integrazione dei servizi e la loro erogazione), che su quello strutturale (per sanare le attuali disparità territoriali), con una particolare attenzione a posizioni e ruoli delle 19 professioni sanitarie nelle Case della Comunità e nelle Centrali Operative Territoriali (COT).

Nell'applicazione, in senso lato, dell'assunto che nessuno deve essere lasciato indietro, la Federazione dedicherà peculiare attenzione affinché non vi siano differenze per aree geografiche. In questo senso, lo sviluppo della telemedicina è uno strumento di valido aiuto nel raggiungere capillarmente l'intera popolazione servita e nel garantire le prestazioni sanitarie utili nel tempo di cura, che serve a rispondere ai bisogni.

***Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare***

La Federazione offre il proprio contributo a sviluppare e implementare la diffusione dei servizi di telemonitoraggio e dei dispositivi di automonitoraggio per adempiere a un bisogno informativo, che permetta di organizzare e finalizzare la migliore assistenza domiciliare possibile. La Federazione si rende inoltre disponibile ad assolvere anche alla formazione dell'utenza stessa all'utilizzo dei suddetti servizi e dispositivi e alla sua informazione sui benefici e sui vantaggi informativi, organizzativi e assistenziali legati al suo impiego. È infatti in atto una rivoluzione del Sistema-Salute che deve necessariamente essere accompagnata dalla formazione dei fruitori del nuovo servizio affinché sia realmente efficace. In questo senso, agirà nella prospettiva aperta dal PNRR sia sulla Missione 6 (Salute), sia sulla Missione 1 (Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura e Turismo), sia sulla Missione 4 (Istruzione e Ricerca).

***Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche***

La Federazione propone, impegnandosi, un ripensamento dei meccanismi e delle opportunità di formazione post-base dei professionisti sanitari e promuove un reclutamento di risorse umane anche sulla base di obiettivi a medio termine, che tengano conto di criteri valorizzanti i punti precedenti, ovvero digitalizzazione e domiciliarità.

### ***Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario***

La Federazione promuove l'impegno dei professionisti sanitari, ad essa afferenti, a fare ricerca nel settore biomedico e sanitario e, attraverso il conseguimento di dottorati di ricerca da parte degli stessi, auspica lo sviluppo di una corsia preferenziale per l'assunzione di ruoli nella docenza universitaria di queste professioni. A tale scopo la Federazione si è negli ultimi anni attivata per costituire un proprio centro studi focalizzato sui seguenti tre osservatori tematici permanenti: Professioni e territorio, Innovazione, *Health Literacy*.

### ***Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo della persona assistita come parte attiva del processo clinico-assistenziale, e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni***

La Federazione è convinta che d'ora in avanti gli investimenti in rinnovamento, ammodernamento e innovazione tecnologica debbano avvenire con un approccio diverso da quello del passato: il processo di assunzione di decisione sulla tecnologia dovrebbe essere inclusivo di tutti i professionisti che utilizzano quotidianamente la tecnologia, più attento a evitare sprechi e più proattivo nel sostenere adeguatamente l'introduzione dell'innovazione giudicata prioritaria e funzionale al SSN.

Inoltre, la Federazione propone l'adozione e lo sviluppo di un rapporto maturo interno, tra e nelle professioni, ed esterno, con i cittadini assistiti, basato sulla *health literacy*, individuale e organizzativa. L'alfabetizzazione sanitaria individuale e organizzativa viene proposta come chiave comunicativa per realizzare l'alleanza terapeutica, contribuire alle politiche sanitarie delle singole organizzazioni, nonché supportare le decisioni manageriali aziendali a tutela della massima salute possibile, nel rispetto dei diritti dei cittadini, e alla luce dei livelli di competenza esperta maturata dai singoli ruoli professionali.

Tutti gli obiettivi sopra elencati tengono conto di quanto previsto dalla cornice concettuale del PNRR.

La sanità di valore e di qualità deve trovare omogenea applicazione su tutto il territorio nazionale riducendo i **divari regionali**. In tal senso le professioni saranno impegnate nella trasformazione ed integrazione dei servizi del SSN in tutti i contesti regionali, senza differenza alcuna, per superare le barriere logistiche e infrastrutturali attualmente presenti, che non consentono capillarità e presidio continuo del territorio.

Gli stessi obiettivi saranno realizzati nel pieno rispetto e nella promozione della **parità di genere**, garantendo l'affermazione della competenza indipendentemente dal genere degli individui, e promuovendo progressioni di carriera sottese alla verifica del possesso delle *skills* necessarie da parte del singolo.

Inoltre, la Federazione si impegna a ridurre i **divari nell'occupazione dei giovani** attraverso la promozione di percorsi di formazione e ricerca-intervento.

Infine, la Federazione intende operare attraverso la garanzia di una formazione continua di elevata qualità e promuovere i più meritevoli a percorsi di carriera non solo professionali, ma che possano riguardare anche l'assunzione di ruoli dell'ambito universitario.

## **3. La visione della Federazione sull'evoluzione del SSN e il ruolo delle professioni sanitarie nel nuovo SSN**

Vista l'esperienza maturata nella attuale fase pandemica e il grande progetto di rilancio della sanità italiana contenuto nel PNRR, la Federazione ha elaborato alcune linee strategiche che riassumono la sua visione della sanità italiana del futuro, su cui declinare le priorità degli interventi del Piano.

Proprio per dare concreta applicazione a questa *vision* sono pertanto state elaborate le singole linee progettuali nel seguito esposte.

### **I. Qualificazione e specializzazione dell'Ospedale, in particolare delle AAOOUU e degli IRCCS, nella gestione della complessità diagnostica, terapeutica e assistenziale attraverso l'uso e l'allocatione appropriati dell'alta tecnologia**

L'idea di ospedale che emerge dal modello proposto dal PNRR, pienamente condivisa dalla Federazione, è quella di centro di riferimento per la gestione di livelli "alti" di complessità diagnostica, terapeutica e assistenziale, che richiedano complesse tecnologie e skills specialistiche non proponibili, in maniera capillare,

nelle strutture territoriali e di comunità di *primary health care*. La visione moderna del nuovo ospedale è quella di *hub* di altissima tecnologia e bassissima (o bassa) durata di degenza, ove si realizzi l'inquadramento della persona assistita complessa per poi avviarlo a percorsi assistenziali verso strutture di minore complessità e più vicine al domicilio, in seguito al superamento della fase di acuzie. In tale dimensione, e soprattutto quando divenga anche luogo di formazione e ricerca, l'ospedale diventa uno snodo determinante dell'assistenza offerta alla comunità che insiste nel suo bacino geografico, e non solo (mobilità sanitaria), nonché "palestra" qualificata per i giovani professionisti e per gli studenti delle professioni sanitarie.

## **II. Dalla divisione alla *con*-divisione.**

Uno degli aspetti che la pandemia ha fatto chiaramente emergere è che le competenze non possono essere agite in sanità in un sistema a silos, ove il professionista lavori in solitario e rivendichi l'esclusività del proprio operato. Tale proposizione è in netta antitesi con gli obiettivi di salute a favore dei cittadini, che richiedono una integrazione poli-trans-interdisciplinare e multiprofessionale per poter al meglio rispondere ai loro bisogni emergenti.

Si avverte, pertanto, la necessità non più rimandabile di un modello organizzativo nuovo e dinamico, che sperimenti l'agire congiunto e condiviso dei professionisti sanitari in *équipe* di lavoro (vedi di seguito) e il ripensamento continuo dei ruoli e delle competenze, quindi delle responsabilità (anche civili e penali). Tale modello si basa su un confronto evoluto tra saperi diversi e soluzioni possibili, sulla capacità di fare sintesi con valutazioni integrate, nell'ottica del superamento di una visione rigida e burocratica. È un'occasione da non perdere di affermazione e crescita professionale, come parte integrante e necessaria di un unico corpo che è l'*équipe* professionale al servizio per il soddisfacimento del bisogno, non solo di salute, del cittadino.

In tal senso, considerata la significativa esperienza maturata al suo interno nel costante confronto tra figure professionali, la Federazione si propone fra i soggetti promotori di tale cambiamento, che interessa tutte le professioni sanitarie, non solo quelle degli Ordini TSRM e PSTRP, a favore di sinergie da realizzarsi nelle attività preventive, diagnostiche, tecnico-assistenziali e riabilitative.

## **III. Tutela della Salute, ambiente, clima e sostenibilità come principio guida**

La tutela della salute deve necessariamente abbracciare un orizzonte più ampio che riguarda la sostenibilità in tutte le sue dimensioni: economica, culturale, sociopolitica e ambientale.

Quale grande industria ad alta tecnologia, alto consumo e alto impatto, il mondo della salute deve sempre tenere in debito conto la tutela dell'ambiente e del territorio, fondamentale determinante di salute comunitaria, attraverso l'adozione di approcci valutativi tipo HTA (*Health Technology Assessment*) e HIA (*Health Impact Assessment*), che garantiscano la sostenibilità del Sistema-Salute. Questo tema deve quindi entrare nel dibattito della riforma in maniera costante e decisa.

In tal senso le professioni della Federazione si propongono come sostenitori di tale cambiamento culturale.

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

È fondamentale agire preventivamente sui fattori di rischio e sulle determinanti della salute. La prevenzione, a partire da quella primaria, deve quindi avere un ruolo effettivamente centrale che si traduca nella predisposizione e nell'attuazione di piani mirati, secondo gli specifici settori di intervento (ad esempio sicurezza nei luoghi di lavoro, abitudini alimentari, adesione agli screening, ...) e nell'assicurare l'investimento di risorse idonee per la realizzazione degli stessi.

In tal senso, il recupero della piena funzionalità dei Dipartimenti di prevenzione (negli ultimi anni progressivamente depauperati di risorse e con croniche carenze di organico) permetterebbe di avere una cabina di regia attraverso cui le diverse azioni e i molteplici interventi di prevenzione potrebbero essere efficacemente coordinati.

## **V. Valorizzare le *équipe* multiprofessionali all'interno del ripensamento del sistema dei PPDTA**

La pandemia Covid-19 ha evidenziato la precarietà dell'asse ospedaliero, sia di un modello di Medicina Territoriale centrato esclusivamente sui Medici di medicina generale (MMG), confermando con ciò la necessità di puntare su un network di *équipe* multiprofessionali sul territorio che condividano le azioni di volta in volta intraprese o da intraprendere.

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

In tale prospettiva va ripensato contestualmente il sistema dei PPDTA regionali e aziendali per includere anche gli interventi dei professionisti sanitari all'interno del ventaglio delle prestazioni ivi programmate, integrando l'attuale preponderanza dell'offerta clinica-specialistica, in modo da modellare i nuovi PPDTA sugli effettivi bisogni dei pazienti. Con particolare riguardo ai bisogni degli assistiti 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 Percorsi Assistenziali Individuali (PAI), anche grazie all'esperienza maturata sul campo dei professionisti sanitari.

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 organizzazioni ed équipe alfabetizzate (HLHO: *Health Literate Healthcare Organization*) può offrire una spinta decisiva al contenimento delle disuguaglianze in sanità.

## **VI. Potenziare l'innovazione digitale e la telemedicina territoriale e domiciliare**

La Federazione ritiene che le tecnologie digitali costituiscano un prerequisito dell'evoluzione dei sistemi sanitari moderni, non tanto e non solo come digitalizzazione degli attuali sistemi analogici ma soprattutto come strumento di ripensamento dei modelli operativi e di interazione tra gli attori e con i cittadini.

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 del soggetto cronico, fragile, non autosufficiente lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. Da un lato si favorirebbe il lavoro delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali, dall'altro si otterrebbe un miglioramento della qualità dei servizi, potendo assistere più efficacemente un maggior numero di persone a domicilio disponendo di database completi e realmente informativi della sua condizione, risultato dell'azione congiunta di più professionisti. Allo stesso tempo ne gioverebbe la sostenibilità dell'intero processo assistenziale, liberando risorse umane ed economiche, da reinvestire sul territorio e sul potenziamento dell'infrastruttura digitale di supporto all'utilizzo della telemedicina.

In tale prospettiva l'esperienza dei professionisti sanitari è un *know-how* su cui far leva per promuovere e sostenere la trasformazione digitale del SSN, nonché per ottenere un uso appropriato delle nuove tecnologie portatili diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per l'erogazione di prestazioni di qualità nei *setting* assistenziali territoriali o a domicilio dell'assistito, seguendo nuove procedure erogative che includano l'uso della telemedicina e sviluppate *ad hoc* per il territorio.

Per sostenere i servizi sanitari regionali nella diffusione a largo spettro delle piattaforme digitali all'interno delle pratiche assistenziali sul territorio, i professionisti sanitari possono anche fornire un contributo sostanziale nel coinvolgimento, nell'addestramento e nella formazione continua all'uso appropriato dei dispositivi digitali da parte degli assistiti-cittadini, quale strumento di partecipazione attiva, automonitoraggio, autocura e superamento delle barriere conoscitive e culturali, che ancora persistono.

## **VII. Aggiornamento dei LEA e sburocratizzazione dei percorsi erogativi**

Per il potenziamento e la riorganizzazione della rete dei servizi di assistenza territoriale le professioni sanitarie comprese nella Federazione esplicitano la necessità di aggiornare e ampliare i Livelli essenziali di assistenza (LEA) ed offrono il loro contributo nella mappatura di tutte quelle prestazioni che ancora oggi non vi sono riconosciute o non sono compiutamente garantite, sebbene rispondano ai reali e mutati bisogni di salute dei cittadini.

Allo stesso tempo determinate prestazioni sanitarie (*in primis* quelle orto-protesiche, audio-protesiche, logopediche) – nonostante siano già incluse nei LEA e risultino indispensabili soprattutto per la popolazione fragile e disabile – sono tuttora difficilmente accessibili a causa di un eccesso di "burocrazia", che potrebbe essere agevolmente ridotta ricorrendo, tra l'altro, alla dematerializzazione dei processi di erogazione.

In definitiva, si tratta di rendere effettivamente esigibili i diritti già codificati nei LEA e di rendere concretamente fruibili le prestazioni ancora non formalmente codificate. Peraltro, sarebbe indispensabile definire compiutamente, e quindi potenziare, i Livelli essenziali di assistenza sociale (LivEAS).

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

La moderna sanità è fatta tanto da tecnologie quanto da professionisti capaci e formati.

Affinché il SSN nel suo complesso e i SSR possano disporre di professionisti sanitari sempre più competenti e meglio formati, è opportuno potenziare l'offerta formativa universitaria per quanto riguarda i Corsi di laurea/laurea magistrale, i master, i corsi di perfezionamento e i dottorati di ricerca, rafforzandone il rapporto con il mondo del lavoro. La forza dei percorsi universitari sta nell'organicità della formazione erogata e nella messa a disposizione di un bagaglio di conoscenze in potenziale, che necessitano di una loro applicazione operativa e quindi spronano il professionista ad impegnarsi per entrare nel mondo del lavoro e qui ad essere proattivo per mettere pienamente a frutto la sua conoscenza. È, inoltre, necessaria la tempestiva revisione dei profili formativi e degli ordinamenti didattici universitari, affinché i professionisti di domani posseggano da subito le abilità e le competenze specialistiche ed avanzate richieste nel sistema delineando dal PNRR.

Inoltre, deve essere estirpata ogni forma di "abusivismo professionale" a tutela della sicurezza e salute del cittadino. Accade ancora, infatti, che talune funzioni assistenziali vengano svolte da figure professionali non specificamente formate e deputate a svolgere quel tipo di attività per l'impossibilità di reperimento delle professionalità competenti. A queste carenze di organico va risposto con una rinegoziazione della numerosità dei cdl triennali in relazione alle esigenze dei servizi, sia precedenti che successivi alla crisi pandemica. Per rispondere però tempestivamente alle necessità del SSN, si auspica la realizzazione di un piano di potenziamento dell'organico (anche attraverso la formula del convenzionamento) del personale con le competenze richieste, cominciando proprio da quelle professioni per le quali il *gap* tra dotazioni teoriche e dotazioni effettive è maggiore, in particolare quelle deputate alle attività di prevenzione e tecnico-assistenziali.

### **IX. Formazione manageriale e formazione continua**

Le figure aderenti ai diversi Ordini della Federazione riconoscono nella formazione continua un valore assoluto per la crescita professionale intesa sia come potenziamento delle competenze del singolo professionista ma anche come capacità di una professione di adattare il proprio lavoro, nel tempo, con tenacia e resilienza, alle sempre nuove esigenze di salute dei cittadini. In particolare, la Federazione identifica nella creazione di specifici percorsi formativi (manageriali, tecnico-specialistici, ...), appositamente dedicati alle varie dimensioni professionali, una risorsa essenziale per il miglioramento e la crescita costante del sistema e per garantire, da una parte, il maggiore contributo alla dimensione multiprofessionale a cui le professioni si candidano, dall'altra, una più qualificata risposta alle proprie organizzazioni.

### **X. Valorizzazione della Ricerca come strumento di crescita del SSN e dei suoi professionisti**

La pratica professionale di ogni sanitario non può prescindere dalle evidenze scientifiche emergenti dalla conduzione di ricerche in ambito clinico-assistenziale e sull'efficacia dei percorsi integrati di cura. La Federazione promuove l'impegno dei suoi professionisti nella ricerca sul campo, *on the job*, al fine di arricchire il *know-how* della comunità scientifica di appartenenza, validando quegli approcci operativo-gestionali che ottimizzano i PPDTA. Si auspica quindi l'avvio di gruppi di ricerca multiprofessionali e multidisciplinari all'interno dei differenti *setting* assistenziali del SSN, sia sul territorio che negli ospedali, ma anche in collaborazione con le Istituzioni, il mondo del terzo settore o dell'industria (farmaceutica, biomedicale, ICT) per avviare studi e approfondimenti per il continuo e costante miglioramento di ogni intervento rivolto a garantire la tutela o il ripristino della salute dell'utente. L'organizzazione del lavoro dei professionisti sanitari del SSN deve essere tale per cui sia consentito, se non addirittura favorito, fare ricerca, in particolare all'interno di IRCCS, AAOUU e ospedali di terzo livello delle Aziende Sanitarie, dove la ricerca e l'innovazione sono le linee strategiche di indirizzo dell'attività.

## PARTE SECONDA

### MISSIONE 6 – SALUTE

#### 1. Premessa

La seconda parte di questo documento presenta le linee progettuali individuate dalla Federazione quale contributo per l'implementazione della Missione 6 – Salute del PNRR, delle sue riforme e dei suoi investimenti. Ciascuna linea progettuale (abbreviata in "LP") troverà poi una concreta declinazione in alcuni progetti puntuali (si vedano schede allegate).

#### 2. M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

##### **Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute ambiente e clima**

L'assistenza territoriale, nella sua accezione più ampia, non può essere considerata una forma di cura ancillare rispetto all'assistenza ospedaliera. Le dotazioni, in termini di professionalità e tecnologie, da dedicare all'assistenza territoriale non sono, infatti, meno importanti e neppure meno specialistiche rispetto a quelle funzionali all'assistenza ospedaliera. Il valore delle reti di prossimità non è inferiore a quello delle reti ospedaliere. Senza un equilibrio dinamico tra questi due macro-ambiti assistenziali, l'uno è destinato a soffrire (e molto) delle deficienze dell'altro.

Fatta questa premessa, al fine di riorganizzare la rete assistenziale integrata ospedale e territorio con l'obiettivo di svilupparne il grado di prossimità in relazione agli specifici bisogni dell'utenza, è indispensabile investire su ciascuna delle seguenti direttrici:

- attività di prevenzione (primaria e secondaria);
- équipe multiprofessionali;
- aggiornamento dei LEA e dei LivEAS;
- tecnologie digitali.

##### ***Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona***

Le nuove formule organizzative, come in particolare la Casa della Comunità, devono puntare sin dall'inizio, con convinzione e concretezza, sulle équipe multiprofessionali. Ognuna delle professioni sanitarie della Federazione, nella sua diversità, possiede e mette a disposizione una competenza imprescindibile per fare prevenzione e offrire risposte assistenziali a una popolazione sempre più interessata dai processi di invecchiamento e cronicizzazione delle patologie, ma anche con specifiche necessità nell'età evolutiva.

#### LP-1

Costituire un Tavolo di lavoro ministeriale multidisciplinare e multiprofessionale, affidandogli il compito di definire la composizione dell'équipe multiprofessionale minima che dovrà sempre essere presente all'interno di ciascuna Casa della Comunità. Affinché le suddette équipe "minime" possano essere di volta in volta integrate da altri professionisti sanitari, in particolare dell'area tecnico-diagnostica, tecnico-assistenziale e della riabilitazione, in base alle necessità del singolo caso, occorre intervenire sulle carenze di organico delle professionalità necessarie; a questo proposito, la Federazione – attraverso i suoi diversi Ordini professionali – si impegna a fornire al Ministero della salute dati e informazioni utili. È importante lavorare alla definizione di criteri e requisiti di accreditamento delle strutture, delle prestazioni e dei professionisti affinché l'agire delle équipe non sia disatteso o parziale o disomogeneo. Al Tavolo di lavoro in questione va altresì affidato il compito

di esprimersi riguardo alle competenze che deve avere la figura deputata alla presa in carico delle persone più fragili da assistere nel territorio e, di conseguenza, l'opportuna formazione da offrire a tutti gli interessati a ricoprire tale ruolo. Tale figura, che può essere definita "case manager territoriale", oltre ad assumersi la piena responsabilità della gestione delle cure integrate previste dal Percorso Assistenziale Personalizzato (PAP) sviluppato in relazione agli specifici bisogni di salute dell'assistito, nel *setting* assistenziale territoriale più indicato, avrà, tra gli altri, anche il compito di assicurare l'appropriato coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari, sapendo chi coinvolgere e come.

Rispetto alla figura del MMG e al rapporto di questa con ciascuno dei suoi assistiti, il case manager territoriale dovrà avere un approccio decisamente proattivo, ancora più da gestore e ancora meno da erogatore diretto di prestazioni.

L'accesso a tale ruolo dovrà avvenire previa selezione in base al profilo definito, senza farne "riserva" esclusiva per una determinata categoria professionale.

#### LP-2

Aggiornare i LEA/LivEAS e il nomenclatore della specialistica ambulatoriale. La Federazione – attraverso i suoi Ordini professionali – si impegna a fornire al Ministero della Salute dati e informazioni utili alla revisione delle prestazioni attualmente garantite e alla valutazione del fabbisogno dei nuovi LEA e dei LivEAS, al fine di assicurare la disponibilità di tutte quelle prestazioni necessarie alla piena soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini.

#### LP-3

Promuovere più efficacemente stili di vita salutari e forme di prevenzione primaria puntando sia su attività di educazione mirata agli assistiti e ai rispettivi *caregiver*, sia sull'*empowerment* del cittadino, attraverso un'apposita campagna di "alfabetizzazione" sanitaria ad opera di tutte le professioni sanitarie attraverso i media e in presenza (dai corsi preparato a iniziative nelle scuole di ogni ordine e grado, per arrivare fino nei luoghi di lavoro), che possa far crescere la conoscenza e la consapevolezza della popolazione sui temi della salute. Su questa linea, ad esempio, occorre potenziare i programmi e le attività di educazione alla salute orale e dentale. Rendere le case della Comunità i *setting* di riferimento per la prevenzione secondaria con la conduzione e l'estensione degli screening: mammografie e proiezioni in tomosintesi per il tumore della mammella, allargamento dell'HPV DNA per il tumore della cervice uterina al posto del PAP *test* oppure dare seguito all'*hemocult* per il tumore dell'intestino. Sarebbe quindi possibile diffondere uniformemente su tutto il territorio nazionale le campagne di *screening* di pari passo con la realizzazione delle 1288 case della Comunità, previste dal PNRR, oltre a quelle già esistenti.

#### LP-4

Potenziare le attività di *screening*, non solo quelle mirate a patologie con impatto sulla sopravvivenza ma altresì quelle mirate a patologie con impatto sulla qualità della vita e sull'autonomia individuale, con pieno coinvolgimento dei professionisti competenti per l'individuazione anche di nuove modalità operative di erogazione dei servizi.

Occorre colmare il vuoto attualmente esistente fra determinati *screening* neonatali e l'individuazione di disturbi in età pre-scolare e scolare e gli interventi abilitativi precoci rivolti ai soggetti in età evolutiva. Su questa linea, ad esempio, occorre potenziare lo *screening* delle barriere sensoriali acquisite, come l'ipoacusia e l'ipovisione che determinano un allontanamento dalla vita sociale e attiva, favorendo un impoverimento cognitivo fino all'insorgenza di danni cognitivi spesso irreversibili o problemi di discalculia, dislessia e disgrafia, che possono significativamente incidere sull'apprendimento, nonché sulla qualità della vita sociale e relazionale. Occorre altresì promuovere lo *screening* uditivo e visivo negli anziani, fascia di popolazione in cui le conseguenze della diminuzione dell'udito e della vista sono sottovalutate in termini di disabilità intellettiva, demenza senile, salute mentale, [...] con sempre più alti costi socio-sanitari.

#### LP-5

Come per gli *screening*, porre attenzione non unicamente alle patologie con impatto sulla sopravvivenza, anche in campo assistenziale dove non va reiterato l'errore di sottovalutare l'importanza di prestazioni improntate a

promuovere corretti comportamenti con impatto sulla qualità della vita e sull'autonomia individuale. Su questa linea, ad esempio, l'alimentazione/nutrizione costituisce uno dei principali fattori di protezione o, in prospettiva inversa, di rischio modificabile rispetto al trattamento delle patologie acute e croniche non trasmissibili: infatti, è dimostrato che appropriati interventi a cura di professionisti esperti sono collegati a una migliore salute/qualità di vita, a un minore consumo di farmaci, alla riduzione di ricoveri impropri e dei tempi di degenza.

#### LP-6

Potenziare i programmi e gli interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità.

Sul fronte dei LEA e del nomenclatore della specialistica ambulatoriale occorre colmare l'attuale vuoto riferito a numerose prestazioni erogabili nell'ambito riabilitativo.

Potenziare la collaborazione con gli enti del terzo settore e le associazioni di volontariato è fondamentale, al fine di poter garantire maggiore coesione sociale e territoriale per quei soggetti più fragili che necessitano non solo di assistenza sanitaria ma anche di una rete di supporto che garantisca l'inclusione e la resilienza del nucleo familiare (cfr. M5C2 e M5C3).

#### LP-7

Porre al centro del processo assistenziale delle Case della Comunità il "dato". Non è possibile, infatti, immaginare oggi che si possano creare per il PNRR strumenti basati su supporti analogici, cartacei e su modelli in cui il dato non sia centrale. La Casa della Comunità dovrà essere integrata con tutti gli altri elementi del territorio, soprattutto attraverso flussi informativi, che consentano un intervento dei professionisti sanitari integrato e coordinato, in modo da "fare team" anche quando questo non sia fisicamente possibile, ad esempio tra la Casa della Comunità e l'Ospedale di Comunità, oppure tra il domicilio (telemedicina) ed ogni possibile *setting* assistenziale delle cure primarie, territoriali e ospedaliere.

#### ***Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina***

Le scelte operate finora nei modelli di assistenza domiciliare appaiono ancora deboli e lontane dalla copertura dei volumi minimi necessari, anche a causa della mancata strutturazione di équipe multidisciplinari e multiprofessionali idonee per un'assistenza ad alta complessità, come nel caso delle cure intermedie.

Da questo punto di vista il PNRR costituisce un'opportunità fondamentale per porre l'assistenza domiciliare, nelle sue diverse declinazioni, al centro dei nuovi modelli di assistenza territoriale, a partire da una seria riflessione sul tema delle risorse da destinare ai necessari investimenti professionali e tecnologici. Occorre infatti lavorare per ottimizzare la collaborazione multiprofessionale e per superare le barriere che si frappongono alla piena valorizzazione e all'impiego diffuso della telemedicina al domicilio dell'assistito: la persistenza di un *digital divide* fra operatori e cittadini, la mancanza di una cartella clinica digitale, che favorisca la condivisione dei dati e la presa in carico unitaria del cittadino fra i diversi operatori, l'assenza di linee di investimento ad hoc da parte delle Regioni.

Altro snodo cruciale è il superamento della frammentazione delle prestazioni e degli attori, pubblici e privati, che frena sia l'ottimizzazione dei servizi, sia l'integrazione sociosanitaria, scontando la vischiosità del sistema a trasferire risorse dall'ospedale al domicilio.

Inoltre, le Centrali Operative Territoriali (COT), quali presidi di coordinamento e integrazione sociosanitaria, devono essere messe nelle condizioni sia di individuare i bisogni di carattere sanitario e sociosanitario, espressi e non espressi della popolazione di riferimento, sia di tracciarne il soddisfacimento. In tal modo le COT potranno sviluppare lo specifico monitoraggio sui processi attuativi e fornire valutazione sugli impatti determinati. Anche in tale ambito e per tali funzioni è indispensabile garantire la disponibilità di tutte le professioni sanitarie necessarie, affinché il Sistema sanitario possa fruire delle migliori competenze, a prescindere dalla professione di appartenenza. Perché tutto questo non rimanga solamente una buona intenzione è necessario un forte impegno verso la trasformazione digitale dei modelli organizzativi, in collaborazione con tutti gli attori e, in particolare, con le professioni sanitarie che sono diffuse in modo ubiquitario e trasversale nei processi assistenziali e sono spesso l'interfaccia del cittadino/paziente con il SSN.

#### LP-8

Potenziare le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sia in termini numerici, sia in termini di professioni coinvolte (in particolare per l'area riabilitativa), per la gestione di condizioni clinico-assistenziali di specifica complessità e difficoltà operativa a livello sia individuale che comunitario. Anche in questo caso l'efficacia del lavoro delle USCA dovrà essere garantita da una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT e afferente alle Case della Comunità.

#### LP-9

Acquisito come presupposto logico il vantaggio della "casa come primo luogo di cura" (si pensi solo al fatto che finora il riferimento per molti anziani erano soprattutto le residenze protette o le RSA), è fondamentale recuperare e potenziare il presidio del territorio, partendo dalle buone pratiche già operative (tele assistenza, tele monitoraggio, tele radiologia, tele cardiologia, tele riabilitazione, tele refertazione, tele consulto, ...), valutandone l'efficienza con dati oggettivi e inserendole nell'offerta ordinaria del SSN quale componente strutturale nel percorso di sviluppo digitale del Paese.

A questo proposito occorre altresì preparare e accompagnare nel cambiamento sia i professionisti, i quali devono cambiare la propria cultura organizzativa integrando il domicilio tra i setting assistenziali di sistema, che i cittadini, soprattutto se più anziani e in difficoltà.

I modelli di riferimento dovranno riguardare non solo l'assistenza e la riabilitazione, ma sempre più la prevenzione, sfruttando le opportunità che le tecnologie digitali ci offrono: strumenti che nelle mani di operatori sanitari competenti e qualificati, messi nelle condizioni di poter essere regolarmente aggiornati con idonei percorsi formativi, potranno garantire una maggiore efficacia ed efficienza del Sistema-Salute.

Il monitoraggio mininvasivo e da remoto dei parametri vitali a domicilio, affiancato alla costante disponibilità o addirittura preventiva assistenza specialistica in funzione dell'andamento delle variabili di salute tenute sotto controllo, come ad esempio, per competenze e cultura professionale svolgono quotidianamente professionisti dedicati alla prevenzione e screening delle patologie cardiovascolari, consentirà ai professionisti sanitari di proporre e applicare iniziative di tutela e miglioramento della salute in modalità di telemedicina, prima ancora che l'assistito si trovi in stato di bisogno e si rivolga allo specialista.

#### LP-10

Promuovere la realizzazione di progetti di vigilanza da remoto della condizione di salute del singolo, presso il domicilio, e del lavoratore, presso la propria la realtà lavorativa, in modo da poter attivare, al bisogno, azioni preventive e correttive a tutela della salute individuale e collettiva, congiuntamente con l'*empowerment* della persona assistita e/o del suo *caregiver*.

#### LP-11

Potenziare la capacità del sistema di eseguire determinati esami diagnostici direttamente al domicilio dei soggetti cronici/fragili o il più possibile in prossimità dello stesso, allestendo unità multiprofessionali mobili su veicoli dotati di tecnologie, ad esempio, per diagnostica rapida di laboratorio POCT, radiologia domiciliare o controllo/tracciamento. Tale servizio può essere impiegato anche per interventi in loco su focolai o emergenze sanitarie di vario genere.

Alla messa a disposizione di strumenti digitali deve poi congiuntamente essere offerta formazione iniziale e assistenza da remoto in itinere agli utilizzatori non professionali di *self-testing* e strumentazioni analitiche POCT.

#### LP-12

Potenziare l'assistenza al domicilio della persona assistita attraverso lo sviluppo di sistemi di tele consulto e tele monitoraggio integrati con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), in modo da effettuare consulenze da remoto, tracciate e riconducibili ai diversi professionisti che assistono lo stesso soggetto.

Occorre predisporre postazioni informatizzate sul territorio, in primis all'interno delle Case della Comunità (cfr. Investimento 1.1), da dove coordinare l'erogazione delle prestazioni a distanza con l'ausilio della banda larga.

#### LP-13

Potenziare l'offerta di prestazioni di riabilitazione come leva per mantenere autosufficienza e relazioni sociali, sia attraverso "visite domiciliari riabilitative", sia ricorrendo a tele valutazione (tele visita) e tele riabilitazione. Sviluppare altresì percorsi di recupero e tutela della qualità della vita familiare con la formazione dell'intera famiglia per la ottimale gestione della condizione di difficoltà del soggetto fragile.

#### **Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**

Come la Casa della Comunità, anche l'Ospedale di Comunità deve puntare sin dall'inizio con convinzione e concretezza su équipe multiprofessionali. Questo perché, come precedentemente affermato, ognuna delle professioni sanitarie, nella sua diversità, possiede e mette a disposizione una competenza imprescindibile. I nuovi Ospedali di Comunità dovranno necessariamente essere integrati con le COT, con le Case della Comunità, con la rete ospedaliera di primo e di secondo livello. L'unica integrazione reale possibile è quella realizzabile attraverso il digitale, fondata sulla valorizzazione del dato, quale centro del modello assistenziale e strumento per un intervento personalizzato, integrato e mirato ai bisogni del cittadino.

#### LP-14

Costituire un Tavolo di lavoro istituzionale multidisciplinare e multiprofessionale affidandogli il compito di esprimersi riguardo alla composizione dell'équipe multiprofessionale minima che dovrà sempre essere presente all'interno di ciascun Ospedale di Comunità. Affinché suddette équipe "minime" possano essere di volta in volta integrate da altri professionisti sanitari, in base alle necessità del singolo caso, occorre intervenire sulle carenze delle necessarie professionalità; a questo proposito, la Federazione – attraverso gli Ordini – si impegna a fornire al Ministero della Salute dati e informazioni utili.

#### LP-15

In particolare, proprio nell'ambito di ciascun Ospedale di Comunità, si rende necessario o, quantomeno, appropriato organizzare un'apposita unità operativa semplice di diagnostica di secondo livello (ad es. esecuzione di TC, monitoraggio neurologico avanzato, ...) che sia in grado di:

- indirizzare gli utenti correttamente e solo se necessario verso approfondimenti e assistenza di terzo livello presso gli ospedali hub;
- promuovere una maggiore diffusione della radiologia domiciliare e lo svolgimento degli screening, anche presso le Case della Comunità.

### **3. M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

#### **Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS**

La riorganizzazione della rete degli IRCCS deve riconoscere l'eccellenza tecnologica e professionale presente nel nostro Paese, nonché valorizzarla anche per attrarre capitali dal mondo delle imprese e metterla a sistema, in modo da poter garantire un'assistenza elettiva al passo con il progresso clinico sull'intero territorio nazionale. Nel condividere l'obiettivo di una rete di eccellenze che si proponga come attrattore di risorse professionali, economiche e tecnologiche, nonché come promotore di nuovi ed elevati standard di qualità, si sottolinea come tale rete non dovrà focalizzarsi né esclusivamente, né prevalentemente sull'eccellenza ospedaliera, bensì dovrà essere arricchita sempre di più da istituzioni capaci di coniugare ricerca, assistenza ed innovazione nei campi della prevenzione, della diagnostica, dell'assistenza e della riabilitazione.

#### LP-16

Realizzare apposite reti di eccellenze, ciascuna delle quali riunisca tutti i migliori poli con competenze in una determinata specialità.

Le reti in questione dovranno assumere le seguenti caratteristiche:

- avere una natura prettamente clinica (in quanto costituite innanzitutto da strutture cliniche) pur potendo avere al proprio interno, almeno in linea di principio, altresì centri di ricerca tecnologica;

- avere una connotazione di eccellenza, non in termini generali bensì specialistici; ne consegue che una determinata struttura potrebbe far parte di più reti specialistiche nella misura in cui fosse riconosciuta “centro di eccellenza” per ciascuna di quelle specialità; analogamente per i centri di ricerca tecnologica;
- avere un respiro nazionale; esse avrebbero appunto nell’eccellenza in una determinata specialità il loro carattere distintivo, risultando quindi aperte all’adesione dei migliori ospedali italiani – non necessariamente universitari, o riconosciuti come IRCCS, sia pubblici che privati, indipendentemente dalla relativa provincia o regione; analogamente per i centri di ricerca tecnologica.

I vantaggi che siffatte reti possono offrire, rispetto alla situazione di odierna frammentazione, sono davvero numerosi e indirizzati verso più obiettivi: l’attrazione di investimenti, il governo dell’innovazione in sanità, la razionalizzazione di determinati processi (investimenti, acquisti, ...) e assetti organizzativi pubblici, la sostenibilità di un SSN moderno. Più in particolare, siamo convinti che le reti in questione potrebbero:

- consentire di non disperdere le risorse a disposizione a livello regionale e nazionale, ma ne favorirebbero un impiego sinergico destinato a rafforzare le competenze specialistiche e a migliorare il livello qualitativo sia dell’assistenza sia della ricerca sanitaria italiana;
- dare ai centri italiani più forza rispetto ai concorrenti nell’intercettare le opportunità offerte dalla programmazione europea e un maggior peso specifico rispetto ai possibili *partner* europei;
- riguardo all’obiettivo di attrarre i finanziamenti privati, rendere più agevole ed efficace promuovere, a livello internazionale, le eccellenze italiane nei vari campi specialistici, facendo arrivare all’industria nel mondo un messaggio semplice, chiaro, autorevole riguardo a dove poter trovare le competenze e i servizi a cui essa è interessata, al fine di sviluppare, sperimentare e validare le innovazioni su scala internazionale;
- rendere più agevole ed efficace promuovere a livello internazionale la sanità italiana in generale, anche ai fini di una strategia e di un piano (di cui al momento si sente la mancanza) in tema di turismo sanitario;
- rendere più agevole ed efficace promuovere a livello internazionale l’offerta formativa delle scuole italiane di medicina e chirurgia;
- rappresentare uno straordinario strumento di *horizon scanning*;
- rappresentare uno straordinario strumento per indirizzare e sostenere, anche attraverso appositi *fast track*, l’innovazione di cui il SSN sente maggiormente il bisogno in termini di *outcome* e di miglior “rapporto costo/qualità”;
- rappresentare uno straordinario strumento per governare la diffusione delle innovazioni all’interno del SSN.

Rispetto alle reti esistenti, ciascuna rete in questione va dotata di un proprio *management*, in grado di esprimere una precisa visione strategica di rete, di declinarla in programmi concreti (tra cui quello di marketing internazionale) e di rispondere dei risultati via via ottenuti a beneficio della rete e dei centri che ne fanno parte.

#### a. M6C2.1 Aggiornamento tecnologico e digitale

##### ***Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero***

Il parco tecnologico del SSN è notoriamente composto da macchine il cui numero, in molti contesti, è sproporzionatamente alto o, in altrettanti, insufficiente, e da macchine e/o di tecnologia obsolete. Le risorse messe a disposizione dal PNRR offrono quindi un’occasione unica per sanare tale situazione e, al contempo, cambiare l’approccio all’innovazione tecnologica rendendolo maggiormente proattivo, mirato, consapevole e sostenibile. Con questa premessa, gli investimenti per l’ammodernamento del parco tecnologico, soprattutto delle grandi attrezzature (risonanze magnetiche, tomografie computerizzate, angiografi, mammografi, gamma camera, *total laboratory automation*, robotica per le microbiologie, sistemi di telepatologia, sequenziatori automatizzati per la genetica, sistemi rapidi e multi-parametrici per la biologia molecolare virologica, ...), devono essere dimensionati sui reali bisogni degli specifici contesti territoriali; deve esserne, infatti, garantita la sostenibilità organizzativa, quindi il pieno utilizzo, mediante appropriati modelli organizzativi e un adeguato numero di professionisti di idonea competenza. Ciò richiede valutazioni effettuate con metodologie robuste, internazionalmente validate, come l’HTA e l’HIT, ma che non sono ancora riuscite ad accreditarsi in modo diffuso e concreto nei processi decisionali delle Aziende sanitarie del nostro SSN.

#### LP-17

La Federazione si impegna a supportare i decisori nel definire i prossimi piani specifici di investimento. Essa in particolare offre le competenze e le esperienze dei propri professionisti per il disegno di piani di sviluppo e l'implementazione del parco tecnologico in qualità di primi utilizzatori di tali tecnologie, da una parte, e, dall'altra, di responsabili delle unità organizzative in cui tali tecnologie operano.

#### LP-18

Nell'ammodernare la base installata delle apparecchiature, destinare un budget a tecnologie particolarmente innovative da acquisire attraverso appositi "managed-entry agreement" con i rispettivi produttori. Nel concreto si tratta di supportare fattivamente la validazione clinica su vasta scala di quelle tecnologie dalle quali, in base a promettenti evidenze cliniche già disponibili, è ragionevole aspettarsi significativi benefici intercettanti bisogni di salute che, fino a poco tempo fa, non era possibile soddisfare. Per l'acquisizione di tali tecnologie, in luogo di un acquisto in conto capitale, stazione appaltante e fabbricante possono avere interesse a concordare condizioni "pay-per-use" variabili in funzione delle evidenze attese in un predeterminato arco di tempo. Questo meccanismo consente di validare clinicamente, su vasta scala, le innovazioni ritenute più promettenti dal SSN, a condizioni economiche sostenibili per tutti gli agenti in campo.

A ciò deve necessariamente corrispondere la crescita e il continuo aggiornamento delle professioni sanitarie nonché l'acquisizione di competenze manageriali, gestionali ed organizzative che possa permettere loro di affiancare i vertici delle Aziende sanitarie nell'assunzione di decisione sull'introduzione dell'innovazione tecnologica, il rinnovamento e l'ammodernamento dell'esistente e la loro numerosità e distribuzione nel territorio, congruamente alle specifiche esigenze di diagnosi e cura e alle logiche di sostenibilità ambientale e di economia circolare. Forti della loro esperienza e della profonda conoscenza dei percorsi di erogazione dei servizi, i professionisti sanitari possono infatti dare nuovo slancio all'introduzione dell'innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale in sanità, condividendo nei vari *setting* assistenziali le decisioni assunte dai gruppi multidisciplinari e declinandole operativamente, nella quotidianità lavorativa, in base a linee guida/PPDTA/procedure/protocolli al passo con le esigenze del momento, quindi capaci di rendere il SSN flessibile e resiliente al cambiamento, anche improvviso (come quello imposto dall'attuale crisi pandemica).

#### LP-19

Puntare sul perfezionamento del modello *hub & spoke* mediante l'ammodernamento del parco macchine e l'ottimale ridistribuzione delle apparecchiature nel territorio, correlati da personale formato e modelli che consentano il loro pieno utilizzo. Gli *hub* ospitano l'innovazione tecnologica e ne sfruttano a pieno il potenziale per soddisfare le esigenze di una casistica numericamente elevata e clinicamente complessa, grazie all'altissima specializzazione del personale sanitario ivi impiegato. Gli *spoke* sono invece deputati ad assicurare risposte rapide e di prossimità.

Su questa linea l'ammodernamento del parco tecnologico deve avvenire in modalità atte a spostare prevalentemente sul territorio, in strutture *spoke*, l'esecuzione degli esami diagnostici di primo livello e degli screening, al fine di offrire maggiori standard di sicurezza e maggiore efficienza, la possibilità di raggiungere una più elevata adesione a questi programmi e l'attuazione di PPDTA non complessi.

#### ***Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile***

La sostenibilità deve essere un valore aggiunto di un ospedale sicuro.

#### LP-20

Rinnovare gli ospedali, o costruirne di nuovi là dove non sia possibile una loro adeguata riqualificazione, sia adottando tecniche costruttive ecosostenibili, garantendo l'autonomia energetica mediante l'utilizzo di sole fonti rinnovabili o contenendo gli sprechi, sia organizzandone gli spazi in modo strutturalmente versatile e modulabile, con alcuni moduli attivabili al bisogno, così da poter far fronte a qualsiasi esigenza di salute. La progettazione di questi ospedali non può prescindere dal coinvolgimento dei professionisti sanitari nell'analisi degli attuali bisogni, oltre che di quelli futuri, da soddisfare.

#### LP-21

Potenziare i programmi e gli investimenti finalizzati a prevenire le Infezioni correlate all'assistenza (ICA), una piaga che ancora pesantemente incide sugli esiti di salute dei ricoverati. A questo proposito, occorre dare seguito ai programmi di formazione sulle ICA per tutto il personale operante, nonché applicare in maniera imprescindibile una *stewardship* antibiotica per la riduzione del rischio di resistenze microbiche, che rappresentano uno dei principali fattori di mortalità intraospedaliera legata ad errori procedurali, nonché uno dei parametri di accreditamento delle strutture nosocomiali universalmente riconosciuto (anche dalla *Joint Commission on Accreditation*).

#### LP-22

Investire sul potenziamento della gestione del rischio clinico, ancora oggi troppo sottovalutato, formando *ad hoc* non solo i *risk manager* dei servizi, ma la totalità dei lavoratori affinché tutti dispongano delle conoscenze necessarie per l'individuazione del rischio e degli strumenti necessari alla sua minimizzazione.

Una particolare attenzione dovrà essere posta alla gestione del rischio di *information technology*, che oggi non sempre viene considerata nell'ambito della gestione del rischio clinico.

#### LP-23

Predisporre e implementare programmi di sorveglianza sanitaria fisica e psicologica dei professionisti sanitari affinché questi siano idonei alla gestione della pressione lavorativa anche di situazioni emergenziali come quelle che stiamo vivendo, e non incorrano in *burnout*.

### **Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione**

È fondamentale riconoscere l'alto valore della raccolta, gestione ed elaborazione dei dati, sanitari, organizzativi e amministrativi, la cui importanza nel SSN è seconda solo alle risorse umane e alle loro competenze. Raccogliere e analizzare dati è fondamentale per comprendere cosa sta accadendo e per fare previsioni su ciò che potrebbe accadere nel breve e medio-lungo periodo, in modo da assumere decisioni consapevoli e informate.

Osservando l'attuale situazione è oltremodo evidente la frammentazione delle banche di dati e dei flussi informativi del SSN. In un mondo sempre più tecnologico, non siamo ancora in grado, sul territorio nazionale, di accedere agevolmente ai dati e darne una lettura omogenea, perché le singole Regioni e, frequentemente, i singoli contesti aziendali hanno implementato proprie basi di dati, prevalentemente orientate ad aspetti gestionali e organizzativi piuttosto che all'integrazione delle informazioni sanitarie dell'individuo. Sarà, quindi, necessario dare seguito a quanto previsto dalla Missione 1- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura in tema di infrastrutture di rete e modelli di connettività, che risulteranno propedeutici allo sviluppo degli strumenti della sanità digitale.

#### LP-24

Investire nell'integrazione delle basi dati (demografici ed epidemiologici, clinici, sociali ed economici, sull'ambiente e sull'inquinamento, ...) così da realizzare un unico *Clinical Repository Big Data*. In questa ottica diventa, pertanto, indispensabile procedere allo sviluppo della rete italiana basata sulla *blockchain* (*Italian Blockchain Service Infrastructure*, IBSI), progetto promosso da Agenzia per l'Italia Digitale per l'erogazione di servizi di interesse pubblico.

Operativamente occorre che esista una unica cartella digitale, che segua il cittadino in tutte le sue esperienze con la sanità e preveda la raccolta di tutte le informazioni relative alle prestazioni – ambulatoriali, di ricovero e cura, di riabilitazione – che possano integrarsi e confluire nel FSE di ogni cittadino, oltre a prevedere anche l'inserimento delle prestazioni erogate dai professionisti del settore privato, sempre nel pieno rispetto della normativa sulla *privacy*.

Le professioni sanitarie della Federazione possono dare il proprio contributo, per lo specifico *know-how* in loro possesso, allo sviluppo di queste piattaforme digitali affinché siano degli strumenti di supporto all'attività

piuttosto che di intralcio, soprattutto perché poco *user friendly*, e alla loro integrazione con le piattaforme già esistenti, mettendo a fattor comune i punti di forza di ognuna di esse e minimizzandone le criticità. Mentre per quanto riguarda la sicurezza cibernetica, dovrà essere gestita sin dal disegno dei processi e dei servizi, ma anche supportata da appositi strumenti, ad esempio CSIRT (*Computer Security Incident Response Team*) sanitari dedicati all'interno del CSIRT italiano (<https://csirt.gov.it/>). Le esigenze di risposta, le peculiarità dei processi e le problematiche specifiche altrimenti difficilmente potranno essere comprese da un CSIRT della pubblica amministrazione "generico".

## b. M6C2.2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

### ***Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN***

Il potenziamento e il rafforzamento della ricerca biomedica rappresenta un valore preziosissimo per il nostro Paese e un ulteriore passo avanti verso la valorizzazione delle professioni sanitarie. Al contempo il Paese non può permettersi retorica e autoreferenzialità. Serve dunque una metrica di valutazione *ex ante* ed *ex post* dei progetti che permettano di assegnare priorità in funzione della rispettiva concreta capacità di dar risposta ai bisogni di salute dei cittadini, assicurando la massima trasparenza sugli obiettivi e soprattutto sui risultati attesi, e consentendo un attento monitoraggio in fase attuativa. La Federazione dedicherà, inoltre, attenzione e risorse allo sviluppo di progetti di ricerca biomedica in linea con gli obiettivi dell'Unione Europea, in particolare quelli nell'ambito Horizon Europe 2021 – 2027 (HEU).

#### LP-25

La Federazione, attraverso il proprio centro studi, si impegna a promuovere e valorizzare il contributo di tutti i professionisti che rappresenta nella conduzione di attività di ricerca, quale parte integrante dello svolgimento del proprio lavoro basato sull'*Evidence Based Medicine* (EBM). La Federazione e i professionisti sanitari, che riunisce e rappresenta, possono offrire un importante contributo alla ricerca biomedica nel SSN andando a monitorare e interpretare, in collaborazione con gli altri attori del Sistema-Salute, i processi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali che compongono il percorso di cura di ogni individuo, testando e validando congiuntamente l'assetto organizzativo e assistenziale, nonché a proporre progettualità e soluzioni innovative sui medesimi processi.

### ***Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario***

Lo sviluppo delle competenze è ormai un tema ineludibile nel contesto più ampio della formazione del personale sanitario. La formazione, di base e continua, risulta ancora non pienamente assolta, sia nell'ambito dei corsi erogati nelle nostre Università, sia nei contesti in cui gli operatori sanitari lavorano.

#### LP-26

La Federazione si impegna a promuovere, attraverso il proprio centro studi, lo sviluppo di competenze digitali tra tutti i professionisti che raccoglie affinché questi possano essere un motore della digitalizzazione del SSN e dei processi di cura al domicilio della persona assistita, educandola insieme ai suoi *care giver* formali e informali. Appare forte la necessità di atti d'indirizzo nazionali (Conferenza permanente Stato-Regioni, Ministero della Salute, MIUR) vincolanti e verificabili a favore di progetti formativi per il personale sanitario e sociosanitario, anche sfruttando il sistema ECM, inserendo nel dossier formativo del professionista già nel mondo del lavoro la previsione di una parte obbligatoria relativa alla sanità digitale.

Tutto questo potrà essere ipotizzato solo se saranno sviluppati percorsi di formazione digitale non solo nell'ambito ECM (aggiornamenti che, in linea di massima, riguardano il *refresh* di conoscenze già in possesso del professionista sanitario) ma anche *ad hoc* per le figure apicali, come master e corsi di alta formazione universitari, volti a creare una *leadership* digitale e a sviluppare la capacità di gestire il cambiamento.

Peraltro, è innegabile la necessità di introdurre moduli per l'acquisizione di avanzate competenze digitali nei cdI triennali delle professioni sanitarie cosicché i professionisti, che nel breve-medio periodo andranno ad operare in sanità, non subiscano l'attuale *gap* conoscitivo che nel tempo dovrà essere pienamente colmato.

#### LP-27

Predisporre e implementare un piano di formazione in ambito manageriale, organizzativo e gestionale non solo del vertice dirigenziale del SSN ma di tutti i professionisti sanitari con ruoli di coordinamento e posizioni organizzative, rendendolo requisito indispensabile per nomine e/o conferme nel ruolo. I professionisti della Federazione, come *leader* delle comunità professionali di appartenenza e per le specifiche conoscenze manageriali in loro possesso, debbono essere i primi promotori del cambiamento culturale, il quale richiede la piena attuazione del PNRR con il passaggio da una logica ospedale centrica a una sistemica territorio-ospedale e la rivoluzione digitale e tecnologica del settore salute.

La seguente tavola sinottica riprende le linee progettuali fin qui presentate così da offrirne una visione d'insieme, ricondotta altresì alle diverse aree: tecnico-diagnostica, tecnico-assistenziale, riabilitazione e prevenzione.

	M6 C1			M6 C2	M6 C2.1			M6 C2.2	
	INV. 1.1	INV. 1.2	INV. 1.3	R1	INV. 1.1	INV. 1.2	INV. 1.3	INV. 2.1	INV. 2.2
<b>Prevenzione</b>	LP1,2,3	LP7,8,9	LP13	LP15	LP16,17,18	LP20,21,22,23	LP24	LP25	LP26,27
<b>Tecnico-diagnostica</b>	LP1,2,4	LP7,8,10	LP13,14	LP15	LP16,17,18		LP24	LP25	LP26,27
<b>Tecnico-assistenziale</b>	LP1,2,5	LP7,8,11	LP13	LP15	LP16,17	LP19,20,21	LP24	LP25	LP26,27
<b>Riabilitazione</b>	LP1,2,3,4,6	LP7,8,9,11,12	LP13,14	LP15	LP16,17	LP23	LP24	LP25	LP26,27

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

### Un rapporto maturo tra professioni, ambiente di riferimento e decisori

Le società scientifiche rappresentanti le varie professioni sanitarie possono giocare un ruolo fondamentale nell'indirizzare i processi di innovazione in modo che questi ultimi intercettino meglio le priorità pubbliche. Le società scientifiche, infatti, da un lato, godono di un punto di osservazione privilegiato sui bisogni assistenziali insoddisfatti e, dall'altro, sono detentrici di competenze e saperi indispensabili per lo sviluppo di tecnologie sanitarie innovative. Non solo: nell'offrire supporto ai produttori di tecnologia in fase di validazione dell'innovazione, insieme ai decisori, possono fare selettivamente una grande differenza in termini di tempi e costi, contenendoli entrambi (alcuni tra i progetti di investimento allegati al presente documento riguarderanno proprio tale aspetto).

A questo scopo la Federazione, attraverso il proprio Centro Studi, si impegna a raccogliere, validare e rendere fruibili dati e informazioni di possibile utilità per l'ambiente di riferimento e i decisori, in particolare per quanto riguarda le seguenti traiettorie di sviluppo.

- i. **La digitalizzazione dei percorsi assistenziali.** Uno dei principali ostacoli all'effettiva presa in carico del paziente nella continuità ospedale-territorio è certamente la frammentazione informativa fra le varie fasi e i diversi attori dei percorsi assistenziali, che limita di fatto il lavoro delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali, il coinvolgimento attivo dell'assistito e dei suoi *caregiver*, la governance integrata sia verticalmente che orizzontalmente delle cure primarie. Da questo punto di vista la digitalizzazione dei PPDTA costituisce il passaggio fondamentale per l'abilitazione dei nuovi modelli territoriali e la personalizzazione delle cure. In particolare l'adozione di piattaforme *hi-tech* di prodotti e servizi integrati, che combinano *mobileHealth*, device indossabili o impiantabili, dispositivi di telemedicina, *Big Data Analytics*, può favorire il superamento degli attuali silos informativi e avviare il percorso verso la necessaria condivisione dei dati sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali.
- ii. **La valutazione della qualità delle cure e dell'innovazione.** L'obiettivo è la definizione di un set di indicatori strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali e capaci di favorire valutazioni delle performance organizzative e professionali anche in itinere (indicatori sentinella), considerando integralmente tutte le dimensioni della qualità delle cure e della qualità della vita: efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità. In tale prospettiva è fondamentale la partecipazione di tutti gli attori del sistema salute alla messa a punto degli indicatori e delle banche dati per il monitoraggio degli esiti di cura, con particolare riguardo alla dimensione della qualità della vita, facendo leva sui cosiddetti *Real-world data*, generati in grande volume, varietà e complessità dalle soluzioni di sanità digitale, sviluppando una sorta "scienza di sintesi dei dati", per trarre evidenze significative, affidabili e controllate (*Real-world evidence*) dall'aggregazione e dall'analisi dei dati elementari. Il contributo dei professionisti sanitari può essere determinante allo sviluppo dei necessari trial clinici delle soluzioni *hi-tech*, per generare robuste evidenze scientifiche, che ne misurino impatto, efficacia e appropriatezza per popolazioni e sottopopolazioni di assistiti e per contesti assistenziali.

### La prospettiva delle proposte della Federazione per l'attuazione del PNRR

La Federazione TSRM e PSTRP con il presente documento si è posta come obiettivo di presentare proposte progettuali attuative del PNRR quale contributo allo sviluppo del nostro SSN e al rilancio del Sistema-Salute nella fase post Covid-19. La prospettiva scelta è quella di valorizzare alcune sue specifiche caratteristiche, che la differenziano da buona parte delle altre organizzazioni rappresentative delle professioni sanitarie, e in particolare:

- quella di essere una Federazione che, se pur caratterizzata dalla complessità di gestione di tante così diverse professionalità, gode della ricchezza dei loro contributi delle 19 professioni, attraverso le diverse Commissioni di albo nazionali e le diverse Associazioni tecnico-scientifiche di riferimento;
- quella di rappresentare professionisti operanti nella nostra sanità pubblica, in quella privata accreditata e nel privato "puro", confrontandosi con i più diversi aspetti del mondo dell'assistenza al cittadino;

- quella di veder vivere al proprio interno professionalità legate al mondo dell'innovazione tecnologica, dell'utilizzo delle tecnologie e dello sviluppo di soluzioni tecnologiche finalizzate alla prevenzione, diagnostica, assistenza e riabilitazione.

La Federazione è pertanto convinta che la propria base professionale goda, per tutte queste ragioni, di un punto di osservazione privilegiato sui bisogni assistenziali e sia detentrica di competenze e saperi complementari non solo a quelli delle altre professioni sanitarie, ma anche a quello delle imprese e dell'industria dedicata allo sviluppo di tecnologie sanitarie innovative.

Proprio per questo riteniamo di proporre come sviluppo del presente lavoro momenti di confronto progettuale e propositivo, che possano affrontare altre Missioni del PNRR e altre linee di riforma legate all'innovazione tecnologica, alla digitalizzazione e, più in generale, alla coesione sociale e allo sviluppo economico.

Una delle lezioni che la recente pandemia ha offerto è stata, infatti, quella di sottolineare la stretta relazione tra Salute, Economia, Sviluppo, Ambiente e Società civile.

Pertanto, la nostra Federazione si propone di contribuire a tale complessità e poliedricità di finalità con la sua capacità progettuale e con la sua diffusa e articolata presenza nel mondo della salute.