



**AUDIZIONE INFORMALE SULLA “PROPOSTA DI PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA”**

Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

9 febbraio 2021

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

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

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



Premessa

Federsanità è impegnata da 25 anni nel sostegno all'integrazione sociosanitaria sempre evocata, ma mai attuata fino in fondo. La Pandemia ha, ancora una volta, posto in primo piano la necessità di integrare il sociale con il sanitario, in modo da offrire alle Comunità una rete di servizi realmente integrati senza vuoti assistenziali o scollamenti che rischiano di vanificare anche il miglior modello sanitario o il miglior modello sociale. In questi mesi, abbiamo toccato con mano la necessità di fornire – sia ai nuclei familiari sia alle singole persone in quarantena – non soltanto la necessaria assistenza sanitaria, ma anche l'altrettanto necessario supporto di natura sociale.

Il modello sociosanitario che costruiremo dovrà quindi partire da questi avanzamenti organizzativi, professionali e istituzionali – ma anche culturali – che hanno contraddistinto le risposte degli attori del sociale e del sanitario all'evento pandemico.

Le politiche di sostegno all'occupazione e alla crescita sono essenziali, ma esulano dallo stretto ambito di competenza della nostra Associazione; preferiamo, quindi, concentrarci sulle materie che rappresentano il nostro impegno quotidiano e sulle quali ci sentiamo di poter offrire un contributo.

Punti di riflessione per la gestione degli investimenti strutturali in edilizia per le infrastrutture ospedaliere.

- **Flessibilità e resilienza.** La gestione della pandemia ha mostrato come sia necessario aumentare le caratteristiche di flessibilità della rete ospedaliera. La necessità di fare fronte alle diverse ondate di ricoveri con necessità di isolamento ed intensità di cura variabile, connesse all'andamento della curva epidemiologica, è stata affrontata, spesso, a sfavore della possibilità di offrire l'intera gamma di LEA. Per quanto riguarda gli aspetti infrastrutturali, questa circostanza consiglia la definizione di linee guida per la realizzazione degli investimenti in edilizia che tenga conto dell'enorme potenziale offerto dalla disponibilità di una infrastruttura che sia in grado di fare fronte a questa flessibilità, eventualmente ampliando le dotazioni minime delle singole realizzazioni perché possano essere rapidamente adeguate a modifiche del fabbisogno (p.e. posti di semi-intensiva già equipaggiati come intensiva, posti di reparto predisposti alla semi-intensiva, capacità di realizzare ambienti isolati – in positivo per gli immuno-depressi ed in negativo – a prescindere dalla indicazione iniziale di utilizzo).
- **Efficienza e sostenibilità.** L'importanza degli investimenti previsti sia per la riqualificazione che per la realizzazione di nuove strutture sanitarie, con effetti che andranno ad esercitarsi per diversi lustri, deve necessariamente tenere conto della necessità di rispettare gli obiettivi di sostenibilità (ad esempio i Sustainable Development Goals dell'ONU e quelli dell'UE con il suo Green Deal) e tra questi quelli relativi ai fabbisogni energetici ed al ciclo dei rifiuti. In ambedue i casi si prevede una diminuzione fino all'azzeramento dell'impronta del carbonio e dell'utilizzo di nuove materie prime, obiettivi per i quali è necessario definire in forma stabile dei requisiti da rispettare in tema di progettazione delle strutture civili ed impiantistiche nonché definire standard operativi per la gestione efficiente delle strutture stesse. Le esperienze, anche recenti, su questo tema mostrano che i margini di ottimizzazione in tema di riduzione dei consumi energetici sono estremamente importanti anche sulle strutture esistenti (riduzioni dei consumi superiori al 30% si possono ottenere senza influenzare in nessun



modo la qualità dei servizi sanitari offerti), con un impatto positivo in prospettiva sui costi di gestione. Analogo potenziale, anche se non ugualmente sfruttato, è possibile per la gestione differenziata ed il riciclo dei rifiuti. Giova osservare che queste due categorie di costo rappresentano una quota importante dei costi di gestione degli ospedali, se si escludono quelli direttamente collegati alle attività sanitarie e, quindi, al di là del rispetto degli obiettivi di sostenibilità, gli interventi in questo ambito presentano anche un ritorno economico importante. Gli strumenti per raggiungere gli ambiziosi obiettivi previsti per il 2030 e successivamente per il 2050 possono essere la definizione di standard e linee guida in tema di efficienza energetica (es ricorso a cogeneratori) e di gestione dei rifiuti nelle strutture sanitarie, l'apertura alla partecipazione dei privati attraverso azioni di Public Private Partnership, l'introduzione della valutazione degli investimenti sull'intero ciclo di vita delle strutture.

L'integrazione sociosanitaria.

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

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

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

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



A tal fine:

- Occorre pensare ad un nuovo protagonismo della **Medicina Generale** e della **Pediatria di Libera Scelta**, in modo da evolvere le attuali AFT in modelli agili e maggiormente integrati con gli altri servizi sanitari e sociali di comunità. Abbiamo visto come in questo periodo di crisi troppo spesso inciampi burocratici e amministrativi abbiano reso complicato lo svolgere di funzioni essenziali di assistenza da parte dei MMG e PLS. Occorre quindi ripensare *il percorso formativo* dei MMG e dei PLS, sia relativamente all'ingresso che successivamente, per favorire l'integrazione con gli altri professionisti della Salute; rivedere *l'assetto contrattuale*, prevedendo una remunerazione legata in maniera consistente a premiare chi fa medicina di comunità, chi sa prendere in carico i propri assistiti, fare medicina di iniziativa, offrire servizi diagnostici in sede o a domicilio, lavorare in team multidisciplinari e con strumenti di teleassistenza. Occorre, inoltre, superare *l'urban-rural divide*. In Italia oltre 13 milioni di persone (4.261 Comuni) vivono nelle aree interne che coprono il 63% del territorio del Paese. E' noto che in queste aree l'accesso ai servizi, l'incidenza della malattie e l'aspettativa di vita mostrano dati negativi. E' altrettanto noto che sono luoghi in cui è sempre più difficile trovare medici di medicina generale disponibili a prendere servizio. E' qui che bisogna progettare a forme organizzative completamente nuove mettendo assieme tutte le risorse: Mmg, personale dipendente, farmacie, Comuni e volontariato, puntando anche sulle *equipe itineranti*. In altre parole, e' necessario trasformare le nuove forme organizzative (gruppo, AFT, UCCP) in modelli di responsabilità sulla salute di gruppi di popolazione avviando veramente una vera medicina di iniziativa, in stretto collegamento con gli Enti Locali. Infine, in Italia esistono numerose esperienze regionali di *misurazione delle attività della medicina generale*, alcune di queste sono state legate a forme contrattuali di incentivazione sui risultati raggiunti. E' il momento che le iniziative più importanti in corso sulla valutazione (Agenas, Sant'Anna, PNE) siano incoraggiate a produrre un sistema per il Paese.
- Il rilancio delle **Case di Comunità** e degli **Ospedali di Comunità** rappresenta un punto della Proposta di Piano del tutto condivisibile, rispetto al quale tuttavia richiamiamo l'attenzione sul parametro relativo al solo numero di abitanti, il quale evidentemente non valorizza l'estrema variabilità territoriale del nostro Paese.
Occorrerebbe perciò trovare un punto di maggiore equilibrio nel rapporto tra le Case di Comunità, i presidi di cure intermedie e il numero di abitanti, tenendo conto delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità, della rete di trasporti pubblici e delle potenzialità di connessione, al fine di non penalizzare territori meno popolosi, con particolare attenzione a quelli montani o alle c.d. "aree interne" – o alle isole - che già soffrono di carenze di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Tali aree sono inoltre spesso abitate da anziani e questo complica ulteriormente i benefici derivanti dall'innovazione tecnologica e dalla c.d. telemedicina.
Il nostro paese presenta un numero di posti letto dedicati alle persone anziane non autosufficienti fra i più bassi dei paesi dell'OCSE, e in particolare esiste un divario territoriale che vede le regioni del Sud molto più carenti di offerta assistenziale del Centro Nord. Occorre intervenire per colmare questo divario assistenziale che crea inaccettabili diseguaglianze.



Per ridimensionare le criticità potrebbe quindi essere utile conferire un ruolo organizzativamente definito e strutturato al volontariato e al servizio civile, sulla scorta di buone pratiche attuate come ad esempio le Botteghe della Salute, un servizio multifunzionale, gratuito, riconoscibile e facilmente accessibile a tutti, presente in particolare nei piccoli comuni delle zone montane o più periferiche (isole o periferie delle grandi città). All'interno della **Bottega della Salute** operano i giovani del Servizio Civile Regionale adeguatamente formati e personale qualificato, che forniscono informazioni, orientamento e accompagnamento ai tanti servizi presenti.

La **dotazione tecnologica e di diagnostica** costituisce un ulteriore aspetto su cui richiamiamo la necessità di qualificare efficacemente l'azione di presidio sanitario territoriale svolte dalle Case di Comunità.

- **Ammodernamento tecnologico.** Negli anni dal 2010 al 2019, l'Osservatorio GIMBE ha stimato che tra tagli e definanziamenti il Servizio Sanitario Nazionale abbia perduto circa 37 miliardi di euro, portando il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL al 6,5%, contro una media europea del 7,8%. L'epidemia da SARS-CoV-2 ha quindi colto le nostre strutture e il personale in esso impegnato al termine (si auspica) di un ciclo regressivo di finanziamento del SSN.

Ciononostante, il sistema sanitario nel suo complesso ha tenuto, anche se con profondi squilibri tra la parte ospedaliera e quella dell'assistenza territoriale. Salutiamo quindi con favore le risorse rivolte all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale degli ospedali attraverso un piano di investimenti straordinario, su cui tuttavia occorrerà trovare in futuro le risorse per renderlo ordinario e permanente, per una sanità più efficace e pronta ad affrontare emergenze di portata analoga a quella che stiamo vivendo. La crisi pandemica ci ha insegnato che tale ammodernamento tecnologico deve investire non solo gli ospedali ma anche le strutture territoriali, per prevenire le ospedalizzazioni.

In considerazione della rapidità con la quale lo sviluppo tecnologico viene trasferito alle attività sanitarie (es. diagnostica per immagini, robot chirurgici) il ciclo di vita delle attrezzature si è ridotto. In tali condizioni lo strumento del *leasing full service* si propone come alternativa efficace all'acquisto diretto per garantire che i servizi sanitari siano erogati con la massima qualità ed efficienza (prestazioni qualitativamente migliori, più veloci, riduzione impatto ambientale, etc.). Questa modalità, tuttavia, sposta la spesa da "conto capitale" a conto esercizio, per la durata del contratto con implicazioni sul bilancio e sullo stato patrimoniale. Si propone di incentivare tale modalità di acquisizione e applicare a tali acquisti un regime di IVA inferiore all'attuale 22%.

- **La sanità digitale.** L'emergenza sanitaria ha portato, tra i suoi effetti indiretti, una brusca accelerazione della sanità digitale, sia nelle forme più 'primordiali' (p.e. la ricetta del Medico di Medicina Generale inviata ai propri assistiti attraverso messaggi sul cellulare, o scaricabile dal proprio FSE) che in quelle più evolute di telemedicina specialistica, o tecnoassistenza soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e la rete delle RSA mediante possibilità di telemonitoraggio dello stato di salute per una diagnostica accurata e in tempo reale, di televisita o teleconsulto specialistico (geriatra, pneumologo, fisiatra oncologo) e infine la telerefertazione, soluzioni oggi tecnologicamente a portata di mano per la gestione della fragilità e della patologia cronica.

La necessità cogente di ricorrere a tali strumenti ha probabilmente ridimensionato le resistenze nella popolazione e negli stessi professionisti sanitari a superare la modalità (certamente preferibile, ma da oggi non più unica) di contatto "fisico" diretto tra medico e paziente.



Anche in questo caso dobbiamo sottolineare la necessità di un approccio più di sistema rispetto al tema, richiamando in particolare il legame con la Missione 1 – relativa alla digitalizzazione – con gli interventi di coesione territoriale della Missione 5, rispetto alla strategia nazionale per le aree interne. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina – di particolare valore in quelle aree montane, insulari e interne caratterizzate da rarefazione dei servizi e maggiori difficoltà di accesso agli stessi – avrà bisogno di infrastrutture di accesso ad Internet che oggi caratterizzano un Paese ancora fortemente diseguale sotto questo aspetto strategico.

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

- **Flussi informativi sociosanitari e Big Data.** Il Fascicolo Sanitario Elettronico presenta ancora caratteri di diffusa disomogeneità di attuazione e, soprattutto, di utilizzo tra Regioni, Aziende sanitarie, medici e cittadini.

La Proposta di Piano individua – seppur per tratti generali – le sue potenzialità, anche in ottica predittiva del fabbisogno di salute (e di servizi) attraverso il trattamento e l'analisi di Big Data consentiti dalle applicazioni di Intelligenza Artificiale. Da questo punto di vista, occorre quindi rilanciare l'utilizzo dello strumento FSE in maniera uniforme e interoperabile sull'intero territorio nazionale, facendo leva sul fondamentale ruolo giocato dai primi punti di accesso sanitari sul territorio, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

Il carattere strategico del Piano e il livello degli obiettivi che esso intende raggiungere rendono opportuno anche un "salto di livello" rispetto alla raccolta e analisi integrata delle informazioni tanto di tipo sanitario che sociale. La cartella informatizzata sociosanitaria rappresenta uno strumento fondamentale all'interno della cassetta degli attrezzi dell'integrazione. Gli operatori e le operatrici dei due ambiti dovrebbero infatti contare su informazioni complete e aggiornate sull'intera platea dei bisogni espressi dall'utente, e delle risposte organizzate ed erogate dai Servizi, all'interno di un percorso ideale dove gli scambi e i passaggi di campo tra i due ambiti sono continui.

In questa prospettiva, una migliore organizzazione, la standardizzazione e l'accessibilità dei dati costituiscono un prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati, superando la frammentazione di dati sanitari collocati in vari *database* in multiple piattaforme che non dialogano e non prevedono la possibilità di una visione d'insieme che permetta di sistematizzare le conoscenze.

Piano Regolatore territoriale delle strutture. Le attività sociali, sociosanitarie e socioassistenziali devono godere di una rete di strutture in grado di assolvere alla loro funzione istituzionale in modo coordinato ed efficace ma soprattutto omogeneo sul territorio nazionale. Strutture residenziali, ma anche e soprattutto



semiresidenziali e centri diurni per persone con disabilità, anziani, salute mentale, centri di recupero e riabilitazione devono essere coordinati in modo da offrire un pacchetto di servizi integrato e completo a disposizione delle comunità di riferimento. A questo proposito, sulla scorta delle indicazioni fornite a proposito dell'integrazione sociosanitaria, occorre definire un piano di interventi che tenga conto delle specificità degli assetti dei singoli territori.

Un ulteriore aspetto chiama in causa la **governance** di questi processi. La creazione di nuove reti tra sociale e sanitario, in una dimensione multilivello, richiede infatti l'individuazione di un riferimento istituzionale che possa coordinare e programmare interventi complessi.

- **Governance delle politiche della salute.** Le risorse del Piano da sole non bastano se non vengono inserite all'interno di un quadro istituzionale, professionale e comunitario di governance sociosanitaria capace di coinvolgere i diversi soggetti coinvolti: le Regioni, con le Aziende sanitarie, i Comuni, nella fornitura dei servizi sociali, la cittadinanza e il Terzo settore, valorizzando i principi di sussidiarietà e partecipazione.

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

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

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

Su questo aspetto, il nostro Paese sconta ormai un ritardo non più ammissibile a 20 anni dalla Legge 328/2000.

L'ultimo aspetto chiama in causa il tema della **formazione**, la cui riorganizzazione deve diventare una priorità del Piano nel medio e lungo periodo, in primo luogo colmando il gap della carenza strutturale di medici specialisti a causa dell'imbuto formativo, così come di infermieri professionali e degli operatori addetti all'assistenza. Un significativo aspetto formativo che va rafforzato riguarda dotare gli operatori



sanitari di capacità tecniche nel clinical risk management, acquisendo competenze operative in grado di saper affrontare le emergenze sanitarie. Inoltre occorre promuovere percorsi di formazione del personale sanitario e amministrativo dal punto di vista tecnico-professionale, digitale e manageriale. Ciò al fine di preparare figure capaci di:

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

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

Proposte

- Orientare gli investimenti edilizi per le infrastrutture ospedaliere verso soluzioni in grado di garantirne la flessibilità dell'offerta rispetto al fabbisogno e la sostenibilità ambientale degli interventi (consumi energetici e gestione del ciclo dei rifiuti), fattori di spesa per investimento che tuttavia in prospettiva riducono anche significativamente le spese di gestione.
 - **Definire standard adeguati di posti di terapia intensiva/sub-intensiva attivati e attivabili al bisogno**
 - **Definire Linee guida e protocolli per il corretto ciclo dei rifiuti nell'ambito delle strutture ospedaliere e definire criteri standard di approvvigionamento energetico da fonti rinnovabili per le nuove strutture**
 - **Favorire l'ammodernamento tecnologico, anche attraverso forme di acquisizione alternative agli acquisti; rendere strutturale una riduzione dell'imposizione IVA almeno sugli investimenti per aggiornamento del parco tecnologico (e delle eventuali lavori necessari per l'installazione degli stessi).**
- Supportare un nuovo protagonismo della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, in modo da far evolvere le attuali AFT in modelli agili e maggiormente integrati con gli altri servizi sanitari e sociali di comunità.
 - **Agevolare l'acquisizione di strumenti diagnostici e di risorse infermieristiche e amministrative per l'utilizzo in rete da parte di studi associati di MMG e PLS.**
- Rafforzare le strutture assistenziali territoriali colmando il divario fra le regioni italiane e riequilibrando l'offerta assistenziale alla non autosufficienza.
- Rafforzare i servizi per la salute mentale, garantendo percorsi precoci di presa in carico a partire dall'età scolare, attraverso servizi di supporto psicologico.



- Individuare un punto di maggiore equilibrio nel rapporto tra Case di Comunità, presidi di cure intermedie e numero di abitanti, tenendo conto delle caratteristiche fisiche del territorio, della viabilità e delle potenzialità di connettività.
 - **Definire standard di presenza infrastrutturale sulla base di n. abitanti, densità abitativa e caratteristiche orografiche del territorio.**
- Attuare l'integrazione sociosanitaria dando piena attuazione alla L.328/2000.
 - **Definire i livelli essenziali delle prestazioni in ambito socioassistenziale e trovare le necessarie complementarietà rispetto ai LEA.**
 - **Garantire il finanziamento dei LEP attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali.**
- Dedicare una maggiore attenzione ai territori meno popolosi, con particolare attenzione a quelli montani o alle c.d. "aree interne", che già soffrono di carenze di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Questi territori vedono inoltre una maggiore presenza di fasce di popolazione anziana, che spesso presenta difficoltà nell'utilizzo di *device* tecnologici.
 - **Individuare modalità di incentivazione alla presenza di professionisti sanitari nei territori con caratteristiche di aree interne.**
- Ricorrere alla leva del volontariato e del servizio civile per avvicinare i servizi – sanitari, sociali e di pubblica utilità – ai cittadini delle aree più deboli, sia attraverso la presenza di presidi fissi sia di strutture mobili. A questo proposito una buona pratica è quella delle Botteghe della Salute sperimentate in Toscana.
 - **Nel quadro del completamento della Riforma del Terzo settore, individuare modalità ad hoc in ambito sociosanitario, valorizzando esperienze innovative, coinvolgendo anche i caregiver in processi formativi utili alla presa in carico, anche per il tramite delle associazioni dei pazienti.**
- Affiancare a interventi straordinari specifiche risorse strutturali per sostenere l'ammodernamento tecnologico degli ospedali e dei presidi sociosanitari locali.
- Promuovere un approccio di sistema tra la Missione 1 relativa alla digitalizzazione con gli interventi di coesione territoriale rispetto alla strategia nazionale per le aree interne – Missione 5 –. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina avrà infatti bisogno di infrastrutture di accesso oggi distribuite in maniera diseguale all'interno del Paese.
 - **Sviluppare una governance non 'a canne d'organo', ma in grado di individuare e sviluppare le opportune sovrapposizioni tra le diverse Missioni e componenti del Piano, oltre che con le politiche ordinarie.**
 - **Sviluppare la connettività digitale delle zone interne per facilitare gli interventi di telemedicina.**



- Promuovere una migliore organizzazione, standardizzazione e accessibilità dei dati sociali e sanitari, anche attraverso la interoperabilità delle relative banche dati. Ciò rappresenta il prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati.
 - **Messa a regime del FSE sull'intero territorio nazionale.**
 - **Sviluppo della cartella sociosanitaria informatizzata.**
 - **Definizione di standard e modalità di raccolta comuni dei dati, che consentano il confronto e l'integrazione tra le diverse fonti nel rispetto della privacy.**
- Individuare criteri condivisi per la promozione di una rete di strutture territoriali – sociali, sociosanitarie e socioassistenziali – basate sulle reali esigenze dei territori e sulle possibili sfide individuate a partire da un approccio predittivo rispetto alle criticità.
 - **Individuare standard di presenza di servizi e strutture sociosanitari sull'intero territorio nazionale, in grado di garantire l'intera copertura dei percorsi assistenziali attivabili.**
- Definire un adeguato quadro istituzionale – ad esempio con consorzi o convenzioni tra aziende sanitarie ed enti locali – e basato su una governance multilivello tra Regioni, ASL e distretti e che veda la partecipazione dei Comuni e delle rappresentanze del Terzo settore.
 - **Definizione di un cronoprogramma per l'avvio di forme sperimentali di governance sociosanitaria nelle regioni che non hanno individuato modelli specifici.**
- Promuovere adeguati piani di formazione dedicati agli aggiornamenti tecnico-professionali, digitali e manageriali. In particolare, si tratta di formare manager con una visione integrata rispetto alla programmazione sociosanitaria, capaci di interpretare nuovi dati e informazioni e di gestire organizzazioni complesse, valutabili non soltanto sulla base di logiche aziendali.
- Eliminare l'imbuto formativo, con ulteriori 12.000 borse per le scuole di specializzazione, puntando sui profili specialistici più carenti e finanziare politiche retributive volte a differenziare le retribuzioni di chi operi in zone disagiate, per attutire il fenomeno dell'urban-rural divide.