

L'OSPEDALE

**TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

**46° Congresso Nazionale Anmdo
2° Web Conference Nazionale Anmdo
Covid e postcovid: a new world**

**Implementazione della telemedicina
per garantire l'attività assistenziale non
emergenziale in cardiologia durante la
pandemia COVID-19
L'esperienza dell'AO S.Croce e
Carle di Cuneo**

**Studio pilota sui risultati preliminari
al 15/3/21 del monitoraggio sierologico
post vaccinazione
Anti SARS-CoV-2 sugli operatori
di HESPERIA HOSPITAL MODENA**

**Cambiamenti e riforme del SSN
alla luce dell'esperienza pandemica
Resoconto Webinar del 26 gennaio 2021**

**Linea guida sulla prevenzione degli
errori connessi alla errata gestione
di radiofarmaci**



- 4** **46° Congresso Nazionale Anmdo**
2° Web Conference Nazionale Anmdo
Covid e postcovid: a new world
Gianfranco Finzi, da Iolanda Mura
- 6** **Implementazione della telemedicina per garantire**
l'attività assistenziale non emergenziale
in cardiologia durante la pandemia COVID-19
L'esperienza dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo
Noemi Marengo, Corrado Bedogni, Monica Rebor, Sebastian Circonze, Mauro De Benedetto Fabrizi, Laura Ferrero, Eleonora Guzzafame, Roberta Rossini
- 10** **Studio pilota sui risultati preliminari al 15/3/21**
del monitoraggio sierologico post vaccinazione Anti
SARS-CoV-2 sugli operatori di Hesperia Hospital Modena
Piero Aloisi, Mattia Manelli, Chiara Covello, Martina Bocca, Martina Accorsi, MariaTeresa Vecchio, Stefano Reggiani, Lisa Berghella
- 13** **Cambiamenti e riforme del SSN**
alla luce dell'esperienza pandemica
Resoconto Webinar del 26 gennaio 2021
Gianni Pieroni, Elisa Casadio
- 30** **Linea guida sulla prevenzione degli errori connessi**
alla errata gestione di radiofarmaci
Agostini Stefania, Allegretti Mariagrazia, Donner Davide, Asti Mattia, Cazzola Emiliano, Di Iorio Valentina, Marcolin Marco, Marzola Maria Cristina, Perlo Giorgia, Riondato Mattia, Santimaria Monica, Finzi Gianfranco, Zamparelli Bruno, Chierichetti Franca, Mansi Luigi
- 52** **ORIZZONTI**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 74 - Numero 1 - gennaio-marzo 2021

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità
EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: G. Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: Appicciafuoco, A. Battista, A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafiero, M.T. Cuppone, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, A. Pellicanò, C. Ponzetti, R. Predonzani, A. Scarmozzino, G. Schirripa, G. Serafini, R. Siliquini, D. Stalteri, L. Tattini

Comitato di redazione: A. Appicciafuoco, M. Chittaro, G. Finzi, K. Kob, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, F. Ripa, R. Siliquini

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:

T&T STUDIO - MILANO

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (MI)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del
04/05/2001.

La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine
di ciascun fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo
al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività
giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati
personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso
Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al
responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso
presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare
i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA DI SETTORE

Cambiamenti e riforme del SSN alla luce dell'esperienza pandemica

Resoconto Webinar del 26 gennaio 2021

PREMESSA

La recente pubblicazione “Rivoluzione Covid”, un testo redatto a cura di Fosco Foglietta che vede il contributo di numerosi colleghi dell'Area di Sanità Pubblica (tabedizioni, 2020, Roma), ha rappresentato l'occasione per organizzare un Webinar in cui gli autori hanno presentato alcuni contenuti del volume e un panel qualificato di esperti, responsabili di Società Scientifiche, Ordini Professionali e Associazioni, ha ripreso e commentato, in una tavola rotonda, i temi discussi (figura 1).

Gli autori hanno condotto un'analisi dei fattori che si sono rilevati cruciali nel determinare le risposte del Sistema per fronteggiare la pandemia, proponendo linee di azione per il prossimo futuro.

I partecipanti alla tavola rotonda hanno sottolineato e messo in risalto, dal punto di vista delle realtà rappresentate, i passi ritenuti significativi

Gianni Pieroni ¹ Elisa Casadio ²

(1) *Presidente AMNDO ER*

(2) *Direttivo AMNDO ER*

del volume, oltre che le prospettive e le opzioni per innovare e migliorare il nostro SSN alla luce delle esperienze maturate durante l'emergenza pandemica ancora in corso.

I temi trattati nel volume e gli interventi dei partecipanti al Webinar sono di estrema attualità e riprendono con efficacia le riflessioni condotte da decisori, gestori e operatori della sanità in un anno particolarmente difficile e che negli auspici di tutti dovrebbero rappresentare la base per un rilancio a 360 gradi del SSN e dei tanti e sempre più eterogenei Sistemi Regionali. Per queste ragioni l'ANMDO ha ritenuto utile riprendere i contenuti del Webinar presentandoli a tutti gli Associati, sotto forma di

The figure consists of three panels. The left panel is a blue banner with white text: '26 gennaio 2021 dalle ore 12.00 alle ore 15.00', 'Cambiamenti e riforme del Sistema Sanitario Nazionale alla luce dell'esperienza pandemica', and 'fad.planning.it/ssn ID evento: 38-311721'. The middle panel is a white box with a blue header 'PROGRAMMA' and lists the moderator (Giovanni Pieroni), a detailed agenda from 12:00 to 15:00, and a list of faculty members including Alberti Uber, Allini Mattia, Cricelli Claudio, Falciati Franco, Ferro Antonio, Finzi Gianfranco, Foglietta Fosco, Lonati Fulvio, Mangiacavalli Barbara, Morini Mara, Pieroni Giovanni, Ripa di Meana Francesco, and Volpe Gennaro. The right panel is a white box with a blue header 'Rivoluzione Covid' and text: 'Cambiamenti e riforme del Sistema sanitario nazionale ai tempi della pandemia', 'a cura di FOSCO FOGLIETTA', and 'UNIVERSITÀ'.

Figura 1

sintetici articoli, nella nostra rivista l'OSPEDALE. L'intento è che tutti i colleghi possano trarre utili spunti dal materiale pubblicato per alimentare il confronto, la discussione ed anche la sistematizzazione dei numerosi contributi offerti nell'ultimo anno dalla nostra Associazione attraverso l'organizzazione e la promozione di un cospicuo numero di eventi.

A tale riguardo, tutti i lettori della rivista, sono invitati a proporre per la pubblicazione studi, riflessioni ed esperienze sul tema Pandemia, anche a partire dai materiali utilizzati per le presentazioni effettuate nei Webinar ANMDO, nei tavoli di lavoro e nelle altre occasioni di incontro cui hanno partecipato attivamente nel corso dell'ultimo anno. Il protrarsi della Pandemia, la continua evoluzione delle evidenze scientifiche e le tante incertezze che hanno caratterizzato e ancora caratterizzano il nostro e l'altrui agire di fronte alle continue sfide cui dobbiamo dare risposte, impongono un confronto costante e riflessioni che tengano conto dei plurimi punti vista di tutti coloro che hanno ruolo nel gestire i cambiamenti già in atto e le possibili evoluzioni del Sistema. Come ANMDO siamo convinti che un evento tanto inatteso quanto denso di conseguenze rispetto ai servizi da assicurare alla comunità e alle stesse prospettive del SSN, meriti analisi, elaborazioni e valutazioni continue da parte dei Medici di Direzione, dei Medici di Sanità Pubblica e di tutta la comunità professionale impegnata nell'organizzazione, nella gestione e nell'erogazione dei servizi.

IL SSN, L'ATTUALE CONTESTO E LE SFIDE DELLA PANDEMIA

Tutti sappiamo, anche se a volte sembra di non essere capaci di tenerne conto, che il SSN è stato pensato, istituito e organizzato quando il quadro epidemiologico, il contesto clinico assistenziale e tecnologico, oltre che lo stato socio-demografico ed economico, erano del tutto diversi dalle evidenze che caratterizzano da qualche lustro il nostro paese.

In tempi in cui si moltiplicano le riflessioni su cosa la Pandemia abbia rappresentato, rappresenta e potrà rappresentare nell'assetto e nelle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale pubblico, dobbiamo constatare che dopo oltre 40 anni di onorato

servizio e di importanti trasformazioni, il nostro SSN ha mostrato in questa occasione evidenti segni di debolezza. Non sono e non possono essere messi in discussione i principi e gli elementi costitutivi di fondo, quali l'universalità, la solidarietà e l'equità di accesso alle cure, ma è evidente che alcuni aspetti dell'attuale assetto istituzionale e organizzativo del SSN non hanno consentito di offrire risposte adeguate alle nuove sfide imposte dalla pandemia e nemmeno garantire i livelli di servizio attesi per i routinari bisogni assistenziali dei cittadini.

I temi non affrontati o non risolti dell'autonomia delle regioni, dello sviluppo dei servizi territoriali, dell'integrazione professionale, della sostenibilità e del progressivo depauperamento e contingentamento di risorse attuato nell'ultimo decennio, che avevano già mostrato chiari segnali di inadeguatezza di fronte alle transizioni in atto, nel corso della Pandemia si sono rilevati punti di debolezza assai critici.

Nell'ultimo anno le critiche al sistema hanno camminato a fianco di tanti buoni propositi di cui è ancora presto, oltre che difficile, cogliere per intero la portata e la fattibilità. Tra le (poche) certezze c'è la convinzione dei più che non bisogna rifondare tutto e che il primo errore da evitare sia buttare via il bambino con l'acqua sporca. Tuttavia non possiamo illuderci che tutto possa essere ripristinato come prima, magari utilizzando le nuove (ingenti) risorse che saranno rese disponibili - oltre 20 miliardi di euro previste solo dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - per ripianare e ricostituire uno status quo messo in seria discussione sia dalla Pandemia che dai risultati precedenti, non sempre pari alle aspettative dei cittadini, dei professionisti e dei decisori più illuminati.

A parere dell'ANMDO occorre tenere conto dei passi in avanti comunque compiuti, in specie da alcune realtà regionali, soprattutto sul fronte di un generale efficientamento e di una parziale innovazione e rimodulazione dei servizi all'interno del sistema.

Allo stesso modo dobbiamo prendere atto che la ridefinizione degli obiettivi e dell'assetto del SSN sono stati più enunciati che attuati. Anche gli importanti atti di programmazione e riorganizzazione messi in campo dal livello nazionale (il DM 70/2015, il Piano Cronicità, fino al mai pervenuto

Piano Pandemico) sembra che abbiano rincorso più che affrontato con energia e concretezza le esigenze di innovazione dettate dalle profonde trasformazioni del contesto (epidemiologico, clinico assistenziale, sociale, etc.). Il parallelo, progressivo e frammentario, decentramento regionale della programmazione e organizzazione dei servizi ha contribuito a produrre differenze geografiche non giustificate, disuguaglianze nella definizione delle priorità e nell'accesso ai servizi che abbiamo poi pagato a caro prezzo con la Pandemia.

Seguendo questo filo logico, per il prossimo futuro occorrerà valutare e definire tutto ciò che di nuovo e di meglio è possibile sviluppare in funzione dell'evoluzione delle conoscenze, delle tecnologie, delle maggiori risorse disponibili per pensare e realizzare servizi in grado di confrontarsi efficacemente con le sfide del presente e dei prossimi anni. Non possiamo permetterci altri errori e tutti, per le competenze di cui disponiamo, abbiamo il dovere di fornire un contributo per tentare di correggere e migliorare in modo deciso gli standard qualitativi dell'assistenza sociosanitaria offerta ai cittadini. I temi su cui lavorare sono noti da tempo e la Pandemia con i suoi devastanti effetti ha solo contribuito a metterli in evidenza, mostrando con estrema chiarezza i punti di debolezza del sistema e i rispettivi ambiti su cui è urgente e necessario intervenire.

Senza alcuna pretesa di essere esaustivi e senza entrare nel merito dei singoli temi, l'ANMDO ritiene che le basi su cui rilanciare il SSN e i SSR nel post-pandemia non possano prescindere dal considerare nel concreto e quanto prima:

- il potenziamento e la qualificazione della rete dei servizi territoriali, nei suoi aspetti organizzativi, nella sua interazione con l'ospedale e nella fondamentale funzione di integrazione socio-sanitaria;
- l'ammodernamento della rete ospedaliera, sia in senso strutturale che funzionale, per assicurare più flessibilità, efficienza e sicurezza;
- il potenziamento e l'assegnazione di un ruolo centrale ai Dipartimenti di Prevenzione nell'ottica "one health";
- l'adozione omogenea e su larga scala delle tecnologie digitali, in funzione sia dell'assistenza che del monitoraggio e della gestione, con la definizione di chiari orizzonti per la telemedicina e lo svi-

luppo di sistemi informativi integrati, trasparenti e accessibili;

- un concreto investimento su comunicazione e informazione finalizzato a un effettivo coinvolgimento delle comunità nelle scelte da attuare;
- la valorizzazione di tutti i professionisti sanitari e il superamento delle barriere culturali e giuridico-contrattuali che ancora oggi limitano l'integrazione multiprofessionale;
- una nuova e diversa programmazione del fabbisogno di Medici Specialisti, di Sanità Pubblica e di Medicina Generale, Infermieri e altri Professionisti della sanità, coniugata a un piano efficace e diffuso di aggiornamento e formazione per i diversi profili. Da ultimo non può essere trascurata la valutazione sull'efficacia dell'attuale governance delle Aziende Sanitarie, dalla dimensione dei rapporti con la politica, alle modalità di relazione tra Aziende di "committenza" e Aziende di "produzione" oltre che tra sistema pubblico ed erogatori privati. Su tali temi e su quanti potranno ancora essere individuati, l'ANMDO intende partecipare al confronto in corso ai vari livelli e favorire attivamente la partecipazione degli associati attraverso l'organizzazione di eventi, corsi di formazione e l'elaborazione di contributi originali.

IL WEBINAR - PRESENTAZIONI DEGLI INTERVENTI

Come accennato in premessa il Webinar ha offerto l'opportunità di presentare le esperienze e le idee dei partecipanti su molti dei temi elencati. Di seguito riportiamo una breve didascalica sintesi degli interventi riferiti a diversi capitoli del testo pubblicato, a cui rinviamo per gli opportuni approfondimenti.

Nell'introduzione Fosco Foglietta ha sintetizzato le motivazioni alla base della stesura del volume, motivazioni riconducibili all'esigenza di selezionare le tipologie di intervento di maggior rilievo e potenzialmente innovative e di sistematizzare gli spunti scaturiti in occasione dell'emergenza, che possano generare cambiamenti efficaci e duraturi del SSN. La tesi sostenuta è che le esigenze di cambiamento maturate in tempo di pandemia non costituiscono una "vera rivoluzione" bensì linee di sviluppo già da tempo individuate quali determinanti di maggiore appropriatezza clinica ed orga-

nizzativa, qualità dell'assistenza e razionalità di governance ai quali è necessario dare attuazione. A seguire Uber Alberti ha presentato ed illustrato alcuni dati relativi all'analisi comparativa oggetto del capitolo "Andamento della pandemia in rapporto ai diversi ai diversi Sistemi sanitari regionali", offrendo spunti di riflessione per il futuro dei Servizi Sanitari regionali.

Fausto Francia, esponendo il capitolo "L'azione preventiva", ha focalizzato una chiara visione strategica, fornendo al contempo una precisa definizione delle responsabilità e delle potenzialità dei Servizi di Prevenzione, puntualizzando il ruolo della Sanità Pubblica nella prevenzione, tutela e promozione della salute, in un'ottica "One Health". Mara Morini nel presentare il capitolo "L'assistenza territoriale" ha indicato i fattori che possono essere determinanti di successo per un settore che si è rivelato cruciale in corso di Pandemia e che fin dall'istituzione del SSN è oggetto di ipotesi di sviluppo e di riassetto, mai pienamente espresse. "L'assistenza ospedaliera", è stata discussa da Mattia Altini che ha centrato l'intervento su plurime opportunità di innovazione dell'ospedale, capaci di generare "valore", indicando come obiettivi fondamentali lo sviluppo della infrastruttura digitale dei servizi e la re-ingegnerizzazione dei processi organizzativi ed operativi.

Franco Falcini ha approfondito il tema della "Semplificazione amministrativa e organizzativa", argomento di estremo interesse, oggetto di ricorrenti dibattiti e discussioni durante la pandemia, fornendo una chiara visione del valore che rivestono le infrastrutture di servizio per le performance del SSN, costituendo supporti fondamentali per agevolare il lavoro di tutti professionisti impegnati sul campo.

IL WEBINAR - LA TAVOLA ROTONDA

Riservata agli esperti chiamati a discutere i temi trattati nel volume e presentati nel Webinar, è stata organizzata prevedendo che i partecipanti esprimessero un commento rispetto alla lettura del volume, indicando inoltre, dal punto di vista delle organizzazioni rappresentate, quelli ritenuti essenziali e prioritari per disegnare un SSN più moderno, efficiente e performante. Di seguito gli interventi dei relatori intervenuti alla tavola rotonda.

■ Fosco Foglietta

Autore del testo "Rivoluzione COVID"

IL PERCHÉ DI "RIVOLUZIONE COVID"

Mi pare possa essere di un qualche interesse conoscere quali siano state le motivazioni che hanno portato gli autori del volume a ritenere utile scriverlo nei tempi e nei contenuti poi pubblicati. Di certo, acquista grande rilievo la esperienza che ciascuno di noi ha avuto al tempo della pandemia e le sollecitazioni che ne sono derivate in termini di sviluppo progressivo di una serie di riflessioni. Innanzi tutto:

siamo stati tutti spettatori, durante il lockdown, di una iterazione stucchevole di informazioni e proclami giornalieri, ripetuti quasi ossessivamente, che raccontavano il presente, la fenomenologia istantanea dell'espandersi della pandemia. Con qualche eccesso retorico (i sanitari eroi, il volontariato in odore di santità, etc.). Non è mai comparso, all'opposto, il tentativo di proporre una qualche "visione" evolutiva del Sistema che - traendo spunto dalle criticità che si andavano vivendo - fosse in grado di delineare linee strategiche di cambiamento.

Inoltre, nei cinque mesi ricompresi fra febbraio e giugno 2020, abbiamo riscontrato il proliferare di una produzione normativa ricca di decreti legge, Dpcm, ordinanze, etc., in larga parte, dedicati alla attivazione di provvedimenti che dessero risposta a problemi contingenti e puntiformi (ad es., alla somministrazione dei tamponi, al superamento delle gare d'appalto classiche, alla acquisizione di dispositivi e tecnologie sanitarie e via discorrendo) e, in parte, destinati a formulare indirizzi assolutamente generici (ad es., la predisposizione, da parte delle Regioni, di Piani per lo sviluppo integrato dei servizi di prossimità) più simili all'esortazione che non alla assertività dispositiva. Anche su questo versante è pressoché impossibile trovare riferimenti e proposte che insistano sulla prospettiva di un futuro cambiamento sistemico. Sulla base di tali constatazioni ci siamo, dunque, convinti che potesse essere utile - uscendo dal contingente, ma da questo cogliendo le molteplici sollecitazioni -:

selezionare e mettere in ordine le tipologie di intervento più rilevanti, ricorrenti e potenzialmente

innovative, allo scopo di orientarle verso soluzioni valide per il futuro;

sistematizzare in modo organico quegli spunti che, più di altri, possono generare un cambiamento non effimero e qualitativamente efficace del Sistema sanitario e sociosanitario nazionale. Così facendo, ci siamo accorti come molte delle crepe, dei deterioramenti, dei vecchi residui di quella “Casa” comune che è il Servizio sanitario nazionale - delle quali si stava già discutendo da tempo, in circuiti semi-sotterranei, all'interno di conventicole frequentate dai soli addetti ai lavori venivano confermate, poste in evidenza e “fatte esplodere” dall'impatto con l'emergenza pandemica.

Alla luce di questa evidenza, il titolo del volume andrebbe riformulato: i cambiamenti e le riforme del Sistema sanitario - maturati ai tempi della pandemia - sono una vera rivoluzione?

A noi sembra che ciò non si manifesti in misura prevalente. Di certo, alcuni assetti dell'organizzazione del lavoro (lo smart working) o la semplificazione di alcune procedure gestionali-amministrative (per il reclutamento del personale, ad es.) potranno rappresentare, se confermate nel post-Covid, notevoli stravolgimenti nelle normative in vigore prima della emergenza virale. Ma, in linea di larga massima, emerge la indispensabilità, non più rinviabile, di linee di cambiamento che appaiono ormai mature per assicurare al Sistema sanitario e sociosanitario una maggiore appropriatezza clinica e organizzativa, qualità della assistenza e razionalità di “governance”.

Si pensi, quanto segue:

Esce complessivamente rafforzata la convinzione che l'universalismo assistenziale di un Sistema sanitario quale è il nostro sia la migliore risposta possibile a vecchie e nuove esigenze, alla evoluzione della “offerta” mutuata dal graduale evolversi dei bisogni o imposta da improvvise emergenze (è, ormai, un fatto che in quei Paesi dove una tale impostazione universalistica è assente la diffusione virale ha fatto e sta facendo strage).

Il “principio di precauzione”, fino ad ora negletto (poiché richiede un ingente investimento di risorse in mancanza di un bisogno immediatamente avvertibile) deve essere scoperto come la pietra miliare di ogni azione predittiva di future, possibili, nuove emergenze.

La prevenzione non può più essere affidata solo a strutture organizzative esclusivamente dedicate (i Dipartimenti) per diventare, invece, il punto di partenza per delineare percorsi olistici, puntualmente progettati, di tutela della salute.

Si è confermata la necessità di uscire da una visione ospedalocentrica per puntare alla sempre maggiore qualificazione e, quindi, all'attrattività dei servizi territoriali nei confronti di quegli utenti che presentano problematiche di modesta consistenza o che necessitano (essendo, ad es., anziani “fragili”) di una “continuità assistenziale” affidata non solo a figure professionali e specialistiche, ma anche ad “attori” non professionali (familiari, care giver...) che si impegnano, soprattutto, all'interno delle assistenze domiciliari. E sono proprio operatori non professionali, provenienti dallo sterminato mondo dell'associazionismo volontario ad essersi imposti come uno dei fattori portanti della risposta che ha combattuto la pandemia. Le comunità locali divengono, in tal modo, luoghi di resistenza e di resilienza, tanto più efficienti quanto più, al loro interno, vengono messe in rete tutte le risorse (pubbliche e non, professionali e non) disponibili, con ciò attivando feconde sinergie.

A qualsivoglia livello di azione (da quello più elementare a quello più specialistico; da quello clinico a quello informatico, ad es.) si impone la esigenza di sviluppare tutti i processi di integrazione e di cooperazione possibili, sapendo che uno dei principali vettori di inefficienza è rappresentato da quei settorialismi scoordinati e, talvolta, contraddittori che derivano da vecchie impostazioni culturali e da una endemica carenza di visione comune.

La verifica della essenzialità di una acculturazione digitale che aiuti i professionisti del Sistema a comprenderne la utilità da tutti i punti di vista: dalla elaborazione di “mappe epidemiologiche” che diano razionalità alle scelte allocative delle risorse, all'aggiornamento costante del quadro clinico del paziente da inserire in percorsi di continuità assistenziale, alla strutturazione di flussi comunicativi che facilitino la interdisciplinarietà, alla conquista di nuove tecniche che sfruttino la “intelligenza artificiale”, e via discorrendo.

Infine, il confermarsi della consapevolezza di come la rivisitazione dei ruoli e delle funzioni di non poche professioni sanitarie rappresenti un pas-

saggio ormai obbligato per introdurre efficienza e qualità - soprattutto - nelle dinamiche dell'assistenza territoriale.

Da tutto ciò derivano i contenuti esposti nel volume. Frutto, in buona sostanza, di una convinzione di fondo: fra i grandi sistemi produttori servizi pubblici (Pubblica amministrazione centrale, giustizia, fisco...) il Sistema sanitario e socio-sanitario italiano non deve essere ri-fondato. Non deve venire stravolto nelle sue componenti fondamentali così come, invece, non può non accadere per altri comparti il cui cambiamento è richiesto a gran voce dalla Comunità europea. Certo, occorre riqualificarlo, ammodernarlo, renderlo resiliente, ma il modello istituzionale, organizzativo e gestionale delineato dalla Riforma Bindi rimane ancora una pietra miliare.

■ **Mara Morini**

Coordinatore per SitI Primary Health Care

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Ringrazio innanzitutto Fosco Foglietta per avermi coinvolta in questa esperienza sicuramente positiva, e il contributo che cercherò di dare è un contributo che fortemente si inserisce in quelli che sono gli elementi di cambiamento e possibili riforme del Servizio Sanitario Nazionale. Luci ed ombre sono emerse durante la fase pandemica nella quale siamo tuttora immersi e si sono manifestate quelle difformità nella gestione della pandemia a livello regionale che ne hanno determinato i diversi risultati, soprattutto nei territori maggiormente colpiti.

A tal proposito abbiamo sentito più volte richiamare la sanità territoriale, la sua necessità, e come le varie esperienze ne abbiano modulato le reazioni rispetto alla pandemia e quanto queste derivino fondamentalmente da fasi di sviluppo molto diverse relativamente alla sanità del territorio nelle nostre realtà. Fasi di sviluppo che derivano da percorsi anche lontani di tipo organizzativo e culturale, ma complessivamente centrati su un elemento: la aggregazione delle professionalità, il tentativo di abbattere quelle barriere che esistono fra servizi e unità operative e fra le competenze dei professionisti, elementi che deteriorano e sicu-

ramente determinano una mancanza di continuità di cura, di appropriatezza, di allocazione nel setting assistenziale più appropriato per ciascun paziente e la conseguente corsa verso la realtà ospedaliera, continuo riferimento preciso per la sanità a fronte invece di situazioni nelle quali una assistenza territoriale, ben organizzata avrebbe potuto sicuramente dare risultati migliori. Il capitolo del nostro volume relativo all'assistenza primaria è molto ampio, una cinquantina di pagine, pertanto in questa occasione desidero focalizzare la vostra attenzione su soli tre elementi: il distretto, la medicina generale e la professionalità infermieristica. Che cosa dire sul Distretto, il distretto è quella articolazione organizzativa che dalla riforma "Bindi" del 1999 rappresenta il cuore della integrazione tra servizi del territorio, contiene: le cure primarie, la prevenzione e la salute mentale; è quella articolazione organizzativa che si basa fondamentalmente su una continuità di cura, anche di prossimità, di tempestività d'azione. In questo periodo abbiamo sentito più volte pareri discordi sul distretto, ma la domanda che poi diventa una domanda pregnante per il futuro è se questa articolazione organizzativa può veramente svolgere una funzione di regia complessiva e unitaria della organizzazione del territorio. Sulla medicina generale sappiamo tutti l'importanza di questo ambito, il Medico di Medicina Generale (MMG), rappresenta il contatto tra il cittadino e il Servizio Sanitario Pubblico, filtro per l'accesso nei vari setting assistenziali, una realtà che in Italia, nonostante i modesti investimenti in attrezzature, tecnologie, personale di supporto negli studi, rispetto a realtà europee, ha comunque dimostrato di essere in grado di gestire alcune tra le malattie croniche prevalenti (Diabete, BPCO, etc.), riducendo l'ospedalizzazione. Ma alcune fragilità si sono dimostrate nel momento emergenziale, e fra i più sono sorti i soliti quesiti, il medico di famiglia è un alleato oppure si pone in contrapposizione rispetto alla governance aziendale e distrettuale? Affermando che per la natura del suo contratto di lavoro, libero professionista convenzionato con il SSN, non aderisce completamente agli obiettivi della direzione aziendale. In contrapposizione a questo possiamo rilevare come siano presenti esperienze virtuose di assistenza primaria in molte Regioni e/o nelle

diverse aziende, purtroppo ancora minimali. Per contro la motivazione e l'adesione ai progetti ed obiettivi aziendali spesso non sia così spiccata da parte del personale dipendente (ad es. pensiamo all'adesione alla vaccinazione antinfluenzale da parte del personale sanitario dipendente!).

Serve introdurre qualcosa di nuovo ed in primis preme sottolineare il percorso attuale di formazione in medicina generale, insufficiente, serve un corso di formazione equivalente ai corsi di specializzazione, serve promuovere quel lavoro in team che è già descritto nelle case della salute dal 2007, nel decreto Balduzzi, nelle UCCP del 2012, modalità di integrazione tra operatori della stessa famiglia professionale, e con altre. Una formazione/aggiornamento da strutturare per ambiti territoriali, perché determina e favorisce sicuramente accelerare i percorsi di cura e ridurre il più possibile le soluzioni di continuo. Per il paziente se gli operatori condividono linee guida, protocolli e procedure. Chiaramente questo nell'ambito di una organizzazione che permetta anche alla medicina generale di avere obiettivi e indicatori misurabili, collegati ad incentivi, come avviene per il resto degli operatori del Servizio Pubblico.

Infine l'infermiere di famiglia e di comunità che non è una nuova esperienza, ma anche in questo caso, avviata a macchia di leopardo in alcune aziende sanitarie. Ne abbiamo sentito parlare molto quest'anno, e sono uscite delle linee guida che FNOPI ha concordato con FNOMCEO e Regioni. Si tratta di una figura importante che può promuovere interventi di prevenzione primaria, secondaria, stimolare l'autocura, gestire la cronicità in ambulatori dedicati, essere supporto al nucleo familiare e soprattutto promuovere la strategia di Case Management e quindi di grande collettore fra i sistemi.

A tutto questo si aggiunge che sviluppare questo ruolo affiancandolo al medico di famiglia certamente non farebbe altro che rimodulare anche il ruolo del medico di famiglia e forse permettergli maggiore tempo da dedicare ad attività cliniche e terapeutiche.

Concludo riprendendo alcuni dei punti che nel testo sono maggiormente sviluppati.

Che cosa serve per cercare di portare a sistema e sviluppare l'assistenza territoriale? Le reti, le aggregazioni professionali, i modelli di sviluppo

che sono già realizzati in tante realtà, dalle Case della Salute alle farmacie di servizi, pensiamo soltanto al Piano Nazionale della Cronicità che ancora ha una diffusione incompleta, valorizzare queste nuove professionalità che aumentano nella popolazione il controllo della propria salute come l'infermiere di comunità, recuperare quel capitale sociale che è presente nei nostri territori, stimolando e sviluppando quelle logiche di Community Building che mettono insieme tutte le risorse che sono a disposizione: pubblico, privato e volontariato in un territorio.

Ultimo elemento, a mio avviso importante, è fare chiarezza, fare chiarezza sui ruoli, sulle responsabilità nel sistema di cure territoriali, competenze cliniche da affidare al medico di famiglia, organizzative di Case Manager all'infermiere, chiamiamolo di comunità o di famiglia e la consulenza specialistica che può essere offerta sul territorio e/o a livello ospedaliero. Fondamentale, una regia, un coordinamento molto forte di queste attività e non entro nel merito del contenitore organizzativo nel quale debba essere depositata, ma sottolineo che la figura che dovrà condurre questa regia deve assolutamente avere competenze manageriali, forte leadership per riuscire a guidare questo sistema.

■ **Claudio Cricelli**

Presidente SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Mi pare sia giunto il momento di una riflessione organica su quanto sta accadendo. In particolare, che le criticità più evidenti non riguardano solo e tanto il SSN, quanto piuttosto il Sistema sanitario, un assetto di maggiore ampiezza e complessità che, di fatto, non esiste strutturalmente. Il volume, al riguardo, ne tratteggia una visione sufficientemente esemplificativa.

Per quanto concerne l'area delle cure primarie, varie sono le disfunzioni che ritengo di dover segnalare:

innanzi tutto, la mancanza di una catena di comando e di controllo da parte del Sistema, con la conseguenza che i MMG operano con assoluta discrezionalità nel definire le modalità con cui erogare le cure. Ne sono conseguite evidenti disparità fra le "corti" interne alla medicina generale e

fra le diverse realtà regionali. Io rappresento un “cluster” di circa il 18% dei 46.000 MMG italiani. A costoro noi formuliamo indirizzi che possono essere accettati oppure no. Occorre cambiare: devono essere necessariamente accettati “standard” minimi e applicati criteri che consentano di adottare modelli, sia di organizzazione che di erogazione e di riconoscere la indispensabilità di un assunto culturale comune. A partire dal confronto con le istituzioni regionali nel definire anche i contenuti contrattuali.

Un secondo fattore di precarietà consiste, poi, nel non avere metabolizzato una idea evoluta di integrazione professionale; i MMG non si aggregano condividendo risorse e organizzazione del lavoro. Ma per giustapposizione puramente “spaziale”, per contiguità, per vicinanza di ambulatori all’interno di condomini, vicino alle farmacie o in un fondo di negozio.

Per le forme aggregative dei MMG non esiste un minimo di standard strutturale, non se ne richiede l’accreditamento (come per tutti gli altri servizi di Asl). Ti arrangi e ciò che trovi va, comunque, bene.

Una terza criticità è rappresentata dalla penuria del personale che può essere affiancato al MMG; sia per quantità, giacché si tratta, in media, di 0,42 unità pro-capite, sia per qualità, facendosi riferimento a personale amministrativo (il collaboratore di studio) e non sanitario (infermieristico). Ben diversa, ad esempio, la situazione inglese, con 3,2 unità di personale per ogni medico associato in studio. Anche in Italia, esiste, poi, qualche eccezione positiva; ad esempio, in Veneto, dove è previsto 1 infermiere ogni 3.000 pazienti e 1 addetto di segreteria ogni 2.000, consentendo alle medicine associate di questa Regione di fare un decisivo passo in avanti. L’assurdità del nostro Sistema consiste nell’assegnare al medico un compenso senza chiedergli, in cambio, di rispettare bisogni di erogare prestazioni standard e senza fornirgli le risorse di cui, corrispondentemente, avrebbe necessità. Troviamo, così, medici che lavorano da soli e male, ma che vengono lasciati ad operare in assoluta autoreferenzialità. Ne deriva un meccanismo fondato sul non riconoscimento del merito qualitativo: chi si dota di un studio di alto livello, chi assume collaboratori, pagandoseli con il proprio stipendio, non si vede riconosciuto

nulla di più rispetto a coloro che affittano lo studio per pochi euro, non acquisiscono collaboratori e si accontentano di vivacchiare.

Queste disfunzioni erano già da tempo conosciute; l’emergenza Covid le ha esaltate. Quando molti MMG si sono rifiutati di eseguire i tamponi (perché è una prestazione pericolosa) in realtà intendevano dichiarare che erano male organizzati e non si sentivano in grado di affrontare quell’impegno non essendo dotati di un minimo di corredo strumentale. Non condivido un tale atteggiamento, ma lo comprendo. Quei medici, arretrati, non sono certo i soli responsabili di tutto ciò.

Questo quadro di carenza qualitativa e di sostanziale anarchia organizzativa postula, dunque, un profondo cambiamento sistemico che rivaluti il ruolo di “servizio” della medicina di base. Numerose indicazioni formulate nel volume vanno in questa direzione. Consentitemi, ancora, un esempio: la “ricetta dematerializzata”, una barzelletta. Anche con il nostro contributo, in tempi rapidissimi, si sono generate le soluzioni tecnologiche appropriate. Dopodiché, nonostante l’invio degli SMS ai pazienti, i farmacisti devono comunque stampare per potere applicare le fustelle. Inoltre, al momento, sono dematerializzabili anche le ricette di classe C (quelle per i farmaci non rimborsabili dal SSN) ma nessuno lo sa e i pazienti devono ancora andare a ritirare personalmente le ricette. Conseguenza di inettitudine, trascuratezza e incapacità organizzativa.

Infine, il vecchio, direi, stantio dibattito sul rapporto di lavoro del MMG, fra chi lo vorrebbe mantenere nella attuale condizione di “parasubordinazione” (con il medico che si caratterizza, sostanzialmente, come libero professionista) e chi propone, invece, di trasformarlo in un vero e proprio rapporto di dipendenza. A parte il fatto che SISAC ha fatto informalmente sapere che non esistono assolutamente le risorse per potere effettuare questo trasferimento di “status” giuridico/economico, non condivido affatto l’assunto secondo il quale solo con una tale trasformazione si potrebbe garantire un salto di qualità assistenziale. Sapete? Io conosco alcune realtà pessime, fallimentari, in cui i medici di famiglia sono operatori dipendenti (ad es., in Portogallo, Spagna, Svezia e Norvegia). Ne conosco altre, invece, di buona qualità (Inghilterra, ad es.) in cui il rap-

porto di lavoro è da “independent contractors”. In buona sostanza, la qualità del servizio deriva, ovunque, dalla organizzazione, dalla corretta allocazione delle risorse e dalla lungimiranza delle Istituzioni e dei professionisti, non dalla tipologia del rapporto di lavoro.

Ora, dopo la pandemia, la “governance” sanitaria del Paese, insieme alle Professioni, hanno, davvero, la possibilità di aprire un tavolo di confronto per ipotizzare una visione del cambiamento che ipotichi il futuro.

■ Antonio Ferro

Presidente SItI (Società Italiana di Igiene)

Il dott. Antonio Ferro neo Presidente SItI esordisce portando l'esperienza della sanità pubblica e dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie italiane e ritiene che sia un grande contributo quello del volume “Rivoluzione Covid” per avviare uno sforzo fondamentale in tutto il Paese nel cercare il coordinamento tra i diversi sistemi di cura, anche alla luce delle esperienze in corso nella gestione delle emergenze.

Sottolinea quanto i dipartimenti e tutti abbiamo lavorato molto in questo periodo e quanto siano importanti le modalità organizzative per un costante confronto con la medicina di famiglia.

Ha vissuto in particolare l'esperienza di Trento, dove ricopre il ruolo di Direttore Sanitario oltre a quello di Direttore del Dipartimento di prevenzione e riconosce come avendo, un sistema di cure primarie molto sviluppato, vi sia stato uno stretto confronto di competenze ed una cabina di regia che ha permesso una condivisione di dati, flussi informativi e indicazioni precise di attività (secondo flow chart di responsabilità), molto utile alla gestione. Il tutto grazie a un sistema informatico molto sviluppato in Trentino che dà la possibilità a tutti di essere in rete.

Secondo elemento valorizzare che l'esperienza pandemica ha messo in risalto è il ruolo cruciale dei dipartimenti di prevenzione. Il Paese si è reso conto della presenza dei dipartimenti e che lì dove i dipartimenti di prevenzione, ma il territorio più in generale erano meglio organizzati, la risposta è stata più corale, una risposta che è arrivata ad essere vicina alla gente, di prossimità. Senza voler sempre confrontarsi con il sistema lombardo,

in cui i dipartimenti di prevenzione sono stati smembrati, ma anche con altre realtà dove si è in gran parte persa la funzione dei dipartimenti, si è percepita la mancanza di un pilastro fondamentale dell'assistenza. Una grande responsabilità in tutto ciò è la perdita di personale avuta negli ultimi dieci anni, clamorosa che ha fatto perdere la capacità di una risposta tempestiva. Pertanto questo momento di crisi, va ripensato come momento di grande dialogo fra le varie Società Scientifiche, le sigle sindacali che rappresentano in maniera molto forte la medicina di famiglia per trovare una formula di collaborazione piena, con la possibilità di realizzare veramente delle convergenze importanti.

Per quanto riguarda il contact tracing, primo elemento di impatto sulle pandemie, il ruolo di regia deve essere affidato ai dipartimenti di prevenzione, ma deve essere fatto in maniera estremamente flessibile. La parola flessibilità deve sempre più far parte dei nostri sistemi organizzativi. Sarà impensabile quando anche passerà questa pandemia, e su questo forse si ritiene più ottimista di altri, non pensare di mantenere un apparato come quello abbiamo messo in atto adesso per il tracciamento, per l'esecuzione dei tamponi e per quanto riguarda le cure primarie un apparato che mantenga quella proattività che ha tenuto nei confronti tutti i pazienti curati a domicilio per il COVID. Quindi l'ideale è di riuscire a trovare delle forme organizzative flessibili in cui ci sia del personale addetto normalmente ad attività più routinarie (cronicità) ma che può essere recuperato in caso di situazioni di emergenza. Questo è un procedimento, un processo organizzativo complesso. Purtroppo l'approccio lavorativo è costruito in forma molto strutturata e quindi la capacità e la flessibilità non sono sicuramente insiti né nei dipartimenti di prevenzione né, comunque nelle altre strutture. Questa Tavola Rotonda può essere un'occasione importante per vedere i vari punti di vista, perché ovviamente deve essere in qualche modo meglio codificato qual è il ruolo di ciascuna delle componenti, soprattutto delle componenti territoriali. L'ospedale deve essere coinvolto in ultima analisi, per le acuzie e deve operare in stretta collaborazione con i distretti e con le cure primarie. Ma la risposta primaria deve essere data dal territorio e la popolazione deve trovare lì una risposta.

Perché avvenga questo, bisogna rivedere la struttura della Sanità Pubblica, la SItI è disponibile a mettersi in gioco. Il dott. Ferro riferisce che a tal proposito, ha avuto in mattinata un incontro con il Ministero in cui è stata lanciata l'ipotesi di nuove linee guida dei dipartimenti di prevenzione, perché bisogna fare un restyling dopo più di vent'anni di attività, ovviamente recuperando quelli che sono gli elementi importanti, però inserendo anche gli elementi innovativi. La prevenzione non può essere affidata esclusivamente al dipartimento di prevenzione, ma la prevenzione deve assolutamente passare attraverso tutti gli stakeholder entro l'azienda come, le cure primarie, i distretti, la medicina di famiglia, ma anche fuori, nella società civile.

Quindi una promozione della salute, uno sviluppo di prevenzione che interessi tutta la società civile, non c'è un "qualcuno" che deve occuparsi di questo elemento, mentre tutti gli altri stanno ad osservare. Per far ciò bisogna pensare a delle filiere che permettano veramente di raggiungere questo risultato. Il piano nazionale della prevenzione è un importantissimo strumento che le aziende devono recepire e declinare in sede locale e con tutte le varie componenti della sanità che producono salute, dalla medicina di famiglia alla anestesia e rianimazione. Su questo c'è un'ampia disponibilità al dialogo e come società scientifica si aspettano momenti come questi di confronto e per lo sviluppo della salute in Italia.

■ **Gianfranco Finzi**

Presidente ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera)

Innanzitutto, grazie Gianni e grazie alle organizzazioni per l'invito che mi da la possibilità di esprimere sia la mia personale opinione che quella dell'Associazione.

Ho ascoltato con particolare attenzione la relazione di Fausto Francia e concordo con lui sul fatto che, anche se avessimo avuto un piano pandemico perfetto, molto probabilmente avremmo subito ugualmente questo disastro. Chiaro è anche che la drammatica mancanza di formazione da parte del personale ha provocato un aggravamento ulteriore della già complessa situazione. Io la definisco una catastrofe annunciata per la totale assenza di

strumenti di contenimento e gestione proattiva. Ricordo che negli anni passati avevamo posto particolare attenzione alle varie emergenze. Ad esempio nel caso dell'influenza aviaria, per la Città di Bologna era stato definito un piano particolareggiato, approvato da tutti i livelli istituzionali interessati compresa la Regione Emilia Romagna. Premesso questo, che non è il tema focale, desidero ricordare che Fausto ha toccato punti veramente fondamentali; credo innanzitutto che in questa occasione abbiamo riscoperto l'importanza dell'Igiene, intesa come Disciplina medica oggetto di insegnamento nel percorso formativo dei medici, come attività professionale specialistica e come requisito di base della pratica clinico assistenziale. Perché dico questo?

Tralasciando i primi due fondamentali aspetti, oggetto della massima attenzione da parte della nostra Associazione, ritengo che sia emersa con tutta la sua forza la consapevolezza, sopita nell'ambito della gestione orientata all'efficienza e alla gestione manageriale delle attività cliniche, che la buona medicina non può prescindere dalla corretta adesione ai fondamentali principi igienistici.

Purtroppo mi sembra che quando parliamo dell'importanza del lavaggio delle mani, delle pulizie, delle metodiche di isolamento, del distanziamento, etc. si discuta in realtà della "scoperta dell'acqua calda". Ricordo a tutti che del lavaggio delle mani si parla dal 1847 e in maniera strutturata, in Italia, dal 1980 fino ad oggi. Nella Regione Emilia Romagna, grazie anche a Maria Luisa Moro, l'interesse al tema dell'Igiene e in particolare del lavaggio delle mani è sempre stato molto alto, sebbene a livello periferico non vi sia sempre stata altrettanta attenzione e condivisione.

In questa tragica emergenza sono stati dunque riscoperti l'Igiene, il valore dell'Igiene e degli Igienisti, dei Direttori Sanitari e dei professionisti dei Dipartimenti di Prevenzione che condividono una formazione igienistica. Per quanto riguarda l'Ospedale in particolare, la figura del Direttore Sanitario e del Direttore Medico di Presidio, sia nel loro ruolo igienistico che in quello organizzativo sono apparse da subito fondamentali, come mai prima era successo nella - errata - percezione di molti vertici aziendali. Credo infatti che uno dei problemi della gestione sanitaria ordinaria e

straordinaria risieda nella mancata percezione da parte dei vari livelli strategici dell'importanza dei professionisti e dei servizi Igienico - Organizzativi, quali appunto le Direzioni Sanitarie e i Dipartimenti di Prevenzione. Concordo con Antonio Ferro per tutto quanto riguarda i Dipartimenti.

Per quanto riguarda l'Ospedale, credo che stiamo entrando in un mondo nuovo; non sono convinto che a fine anno avremo superato il problema, anche se lo spero. Purtroppo le notizie che riceviamo, specialmente sulla veloce circolazione delle mutazioni virali, fanno pensare che non arriveremo ad una completa risoluzione così velocemente. Dovremmo forse imparare a convivere con il problema, convivenza che naturalmente richiede un ripensamento dell'organizzazione dell'Ospedale. Ritengo che il punto fondamentale sia adottare e promuovere un diverso atteggiamento culturale, che preveda anche un profondo ripensamento di come dovrà essere la Sanità e di quali siano i ruoli dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, delle Direzioni Sanitarie, delle Direzioni generali.

Al riguardo un elemento che emerge da questa contingenza è certamente il ruolo del Direttore Sanitario d'Azienda e in particolare il suo curriculum vitae; è necessaria una riflessione attenta sulla necessità che tale figura debba possedere o meno la specialità in Igiene e che si debba occupare anche della salute dell' "ambiente Ospedale". D'altra parte il ruolo del Direttore Sanitario aziendale non può e non deve prescindere da una forte complementarietà con l'indispensabile ruolo del Direttore Medico di Presidio, un professionista specialista in Igiene, le cui funzioni devono essere riconosciute e valorizzate, anche prevedendo per i temi trattati una sovraordinazione gerarchica rispetto ai ruoli assegnati ai colleghi medici in ambito clinico e agli esercenti le professioni sanitarie in ambito assistenziale. Questa epidemia ha messo a nudo in modo evidente e drammatico una serie di problemi da tempo noti ma a lungo non adeguatamente considerati.

Desidero inoltre ricordare che sarà necessario rinnovare il regolamento sui Dipartimenti di Sanità Pubblica ed affrontare il tema del loro dimensionamento (certamente sono sottodimensionati rispetto alle esigenze e in certe Regioni, ove sono stati in un certo senso troppo ridimensionati, devono invece essere rafforzati). Analoga

considerazione può essere fatta per le Direzioni Sanitarie che non solo dovrebbero assumere con chiarezza nuove forme di responsabilità, ma anche essere potenziate negli organici. Credo infine che dobbiamo fare uno sforzo culturale e un ripensamento per la formazione di tutti i professionisti della salute, colleghi medici, infermieri, tecnici di laboratorio, etc., perché l'attenzione alla prevenzione deve essere una costante nel nostro lavoro ed un elemento imprescindibile nella formazione di qualunque professionista sanitario. Tutti devono rendersi conto che se c'è un nemico invisibile la prevenzione è l'arma migliore per evitarlo. Direi che il libro dice tutto. Vi ringrazio e passo la parola.

■ **Fulvio Lonati**

Presidente APRIRE (Assistenza PRIMARIA In Rete - Salute a Km 0)

Il Presidente dell'Associazione Aprire, dott. Fulvio Lonati, nel complimentarsi per i contenuti del volume e la tempestività di redazione, confessa che vive con una certa "invidia", da lombardo, per questo lavoro centrato sulla esperienza dell'Emilia Romagna, dove l'investimento sui servizi territoriali, il governo, la regia dei servizi sono stati curati con attenzione; cosa non accaduta con la stessa forza in Lombardia. Inoltre pensa che l'andare a vedere che cosa è accaduto in Lombardia possa essere di estrema utilità per capire dove andare, come muoversi, cosa fare e cosa evitare in futuro, viste anche alcune tendenze (soprattutto quelle "ospedalocentriche") che in altre Regioni si stanno maturando. In particolare non è tanto il fatto che in Lombardia si sia puntato solo sull'ospedale e si sia abbandonato il territorio, ma c'è una questione di impostazione di fondo che va sottolineata, utile nella discussione di oggi. In particolare, in Lombardia l'impostazione di fondo è di "erogare" singole "prestazioni" da parte di "erogatori" in competizione tra di loro. Fa l'esempio dei tamponi COVID: i tamponi vengono visti come "prestazioni" singole "erogate" da "erogatori" pubblici o privati, non come attività preventiva dell'azienda sanitaria locale, l'ente che avrebbe il compito di tutela della salute; nel caso della Lombardia, l'ATS - Agenzia di Tutela della Salute non ha possibilità di "erogare", ma deve affidare

l'erogazione ad altri enti, non responsabilizzati circa l'esito del tampone: interessa "erogare" il tampone, ed erogare il numero di "tamponi messi a contratto", non uno di più, non uno di meno. Questo è un modo quasi aneddotico di evidenziare questa logica, logica che però ha portato a tutta una serie di problemi: non ha portato solo la grave difficoltà nella prima fase epidemica, ma continua a generare una serie di difficoltà: con i tamponi, con i sierologici, con la campagna antinfluenzale. Il dott. Lonati riferisce, ad esempio, che come ultrasessantacinquenne, seguendo la via del singolo cittadino, è stato vaccinato 10 giorni fa, cioè qualcosa come 2 mesi dopo rispetto a quello che hanno fatto quasi tutte le altre regioni. Allora questa serie di incongruenze, non può essere casuale, è proprio il frutto di questa impostazione, dove il principio è che gli "erogatori" sono autorizzati, accreditati, a contratto e, proprio per questo, devono autonomamente, e in libertà, risolvere tutto. Nella prima ondata epidemica si è percepito questo abbandono, soprattutto da parte dei medici di famiglia, delle RSA, delle farmacie: ciascuno doveva inventarsi da solo come risolvere i problemi di un'epidemia, nonostante si trattasse di una pandemia, di una nuova e sconosciuta epidemia straordinariamente drammatica. E, persino, si è pensato da parte della Regione che ciascuno dovesse trovare autonomamente tutte le soluzioni. E si sono verificate difficoltà di ogni tipo. Allora, il problema centrale è questa idea di separare l'azienda sanitaria locale lombarda -l'ATS- da tutto ciò che è erogazione: molto lontano dall'idea di interventi di promozione-gestione finalizzati a promuovere salute. L'ATS quindi, dove ci sta il Dipartimento Prevenzione, dove ci sta il Dipartimento Cure Primarie, è privata della possibilità di intervenire, di operare e, anzi, deve mettersi in moto rispetto alla miriade di attori-erogatori, riconosciuti, commissionati, ma lasciati completamente autonomi-soli e sovra-responsabilizzati. Da ultimo evidenzia come nel sistema lombardo i Distretti siano stati completamente svuotati. Anche la realtà bresciana, da cui il dott. Lonati proviene come ex Direttore del Dipartimento Cure Primarie, che era riuscita fino al 2015 a mantenere un'ossatura distrettuale matura, certamente anche con zone d'ombra, ma dove il Distretto era riconosciuto, dove i medici di famiglia avevano

un'interlocuzione precisa nel riferimento distrettuale, per cui la formazione, gli incontri di miglioramento sul campo, il raccordo con i comuni era facilitato dalla mediazione del distretto, con l'ultima legge di riordino del 2015 c'è stato un complessivo abbandono dei Distretti; o meglio, i Distretti si sono mantenuti nella legge, ma con dimensioni di 500- 600. 000 abitanti: quindi qualcosa che è molto lontano dalla possibilità di pensare a un territorio che si configura come una comunità di attori che possono interagire, conoscersi, stimarsi, migliorare reciprocamente. Dall'altra parte, che cosa è stato prodotto in cambio di questo smantellamento del Distretto? La realizzazione di "supermercati sovra-territoriali": grandi "centri servizi" e organizzazioni di erogazione importanti, potenti che, ad esempio, erogano assistenza domiciliare su ampi territori dell'intera regione. Il fatto di aver svuotato i Distretti, comporta, ad esempio, che le cooperative pensate dalla Regione Lombardia per aggregare i medici di famiglia, non abbiano alcun radicamento territoriale, ma siano assolutamente sovra-territoriali. Crede che tutti questi aspetti, che possono essere all'origine dei problemi che in Lombardia si sono avuti, credo siano da osservare attentamente.

Concludendo, in merito alla la seconda domanda posta dal moderatore, che riguarda cosa portare avanti e che cosa l'organizzazione/associazione di cui si è referenti intende portare avanti, il dott. Lonati riferisce che la piccola associazione APRIRE, acronimo di Assistenza Primaria in Rete - Salute a km 0, di cui è presidente, intende promuovere l'Assistenza Primaria come materia di studio, di ricerca, come area professionale trasversale alle professioni che operano nel territorio: certamente il medico e il pediatra di famiglia; ma anche tutte le altre figure: il farmacista, gli operatori del consultorio, le ostetriche, gli operatori del socio-sanitario... Si sta lavorando in questa direzione: si vorrebbe che l'Assistenza Primaria diventi elemento forte, con una precisa progettualità, benché in molte regioni ciò sia ancora poco presente. Inoltre, come igienista iscritto alla Società Italiana di Igiene, chiede al mondo degli igienisti di dedicare più attenzione all'Assistenza Primaria e alla sua formazione, sottolineando che la gestione delle cronicità, tanto più in questa sindemia, cioè in una epidemia che colpisce con

il virus soprattutto chi ha anche altre patologie specie se croniche, la gestione delle patologie croniche da parte dell'Assistenza Primaria significa prevenzione: prevenzione secondaria e prevenzione terziaria. E c'è proprio bisogno di un forte collegamento tra il mondo dell'igiene "classica" e il mondo dell'Assistenza Primaria.

■ **Barbara Mangiacavalli**

Presidente Fnopi (Federazione Nazionale degli Ordini Professionali Infermieristici)

Un ringraziamento agli organizzatori per questo momento importante di riflessione.

Si tratta di un libro molto interessante, si legge molto bene e in maniera agile. Ho trovato alcuni richiami interessanti e probabilmente avrebbe meritato anche una maggiore integrazione con altri punti di vista.

La professione che ho l'onore di rappresentare c'è all'interno del testo, tuttavia alcune riflessioni non approfondiscono adeguatamente il particolare punto di vista.

Dico questo perché quando si parla di territorio, in queste riflessioni, emergono come elementi e denominatori comuni l'integrazione professionale, la multiprofessionalità, l'interprofessionalità, ed è evidente che il significato che si dà a questi termini è quello di prendere in carico una persona, un nucleo familiare, una collettività, una comunità, un singolo con la ricchezza dei diversi punti di vista e dei diversi contributi disciplinari.

Quindi sicuramente è possibile fare ulteriori approfondimenti portare ulteriori ricchezze a questo tema.

Il testo offre comunque e indubbiamente un'analisi interessante; abbiamo visto e ascoltato molto in questi mesi, molte discussioni e molti dibattiti su quello che ci ha lasciato il COVID, su come l'abbiamo affrontato. E' stato anche ben rappresentato oggi, quindi io non torno singolarmente sull'argomento ospedali con ciò che hanno dovuto affrontare o sul territorio.

Concordo molto con chi mi ha preceduto, quando ha detto: "Innanzitutto si deve partire dal territorio e l'ospedale deve entrare per la sua parte quando è già definito in qualche modo il processo di presa in carico e anche il processo assistenziale". Concordo con questa affermazione e personal-

mente sono convinta che l'ospedale è " un di cui" del territorio e questa dicotomia probabilmente dobbiamo cercare di superarla - perché il territorio è il luogo di vita quotidiana, dove ci sono il sistema sanitario, il sistema socio sanitario, il sistema socio assistenziale, una presa in carico dei LEA che non sono solo quelli sanitari, ma sono anche quelli assistenziali. Sul territorio, dove si vive, c'è l'attività quotidiana, ci sono anche gli ospedali, e quindi nel percorso della persona, nel percorso del nostro cittadino, c'è a volte la necessità di un setting assistenziale più tutelato e più riservato che è quello ospedaliero, ma soprattutto c'è un tessuto connettivo che va dalla prevenzione, alle cure terminali, all'Hospice che è all'interno dei luoghi di vita quotidiani e che deve garantire in maniera sempre più importante, sempre più rilevante la prossimità e la domiciliarietà. Allora, tra i tanti spunti che sono emersi dalla riflessione di oggi, ma anche dal testo, mi sento di fare alcune brevi considerazioni, considerando anche che ci stiamo confrontando tra l'altro come professionisti sanitari e come Federazioni e Società Scientifiche, con il Recovery Plan e con i molti documenti che abbiamo tutti modo di leggere in questo periodo.

Mi sento di dire che il coraggio che deve avere il nostro Paese e conseguentemente le professioni che rappresentiamo, deve essere un coraggio che ci fa abbandonare l'idea e la voglia di "accudire" l'arretratezza organizzativa, professionale e istituzionale e che ci deve dare lo slancio di sperimentare la vera innovazione di cui tutti parliamo, che tutti conosciamo, perché anche nel testo si parla di innovazione, quando si parla di TeleHealth e trovo riduttivo parlare di telemedicina, perché si tratta di telemedicina, teleassistenza, abbiamo sperimentato il telemonitoraggio, abbiamo sperimentato la teleriabilitazione.

Quindi TeleHealth che li abbraccia tutti è sicuramente una definizione più consona. Ma nel Recovery Plan ad esempio si parla anche di OneHealth; la necessità di ricondurre ad un unico denominatore il tema salute. Proprio in questo emerge in maniera chiara il discorso dell'inter-professionalità e della contaminazione anche di competenze e di discipline che hanno un unico obiettivo: quello del cittadino e del suo ambiente di vita quotidiana e dell'ambiente in cui è inserito; e quando dico

non accudiamo l'arretratezza, ma cerchiamo di sperimentare l'innovazione, mi riferisco a tutti questi esempi che sono anche contenuti nel libro. Non entro nel merito di questioni che ovviamente conosco e che ho letto con attenzione, di cui però non sono titolata a parlare. Posso entrare nel merito di quella che è la professione che rappresento. Allora al di là della sfida territoriale, il decreto rilancio ha fatto nascere e formalizzato la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, una figura che ovviamente si inserisce in una rete articolata, in una rete complessa, una figura che ha offerto e offre l'opportunità di rivedere perimetri, modelli operativi, modelli relazionali, un elemento che dovrebbe facilitare un dialogo sulla trasversalità e sull'equipe sulle competenze, anziché un dialogo sulla gerarchia e sugli elementi di governo formali.

Mi piace pensare che realizzare un'assistenza territoriale degna del nostro Paese nel post pandemia significhi anche ragionare in maniera molto onesta sul fatto che i leader dei diversi processi sono quei professionisti che hanno le competenze. Penso alla presenza del personale della prevenzione, degli educatori professionali per molti temi riguardanti ad esempio la promozione della Salute, l'educazione sanitaria. Penso al tema importante degli assistenti sociali rispetto alla capacità di fare rete per le valutazioni multidimensionali, alla richiesta degli infermieri pediatrici, perché c'è tutto il tema della fragilità della cronicità che tra l'altro non riguarda solo gli adulti, ma riguarda in maniera sempre più importante e rilevante anche la componente pediatrica, infantile e adolescenziale.

Penso ad esempio a un tema che mi è particolarmente caro e che porto all'attenzione di questo consesso qualificatissimo che è il tema dei preadolescenti e degli adolescenti. Credo se ne parli ancora troppo poco. Io lo vivo per l'attività quotidiana che svolgo e forse ci stiamo dimenticando del fatto che i giovani di oggi saranno gli adulti di domani.

Io ad esempio ho un nipote che fa la prima liceo, che dopo tre settimane di scuola è chiuso in casa da ottobre e torna a scuola la prossima settimana, e una sera mi raccontava che il suo professore di informatica, verso la fine di una lezione, ha detto a tutti loro collegati in Dad, che lui avrebbe

timore a farsi curare da professionisti che si sono formati solo in teledidattica. È una battuta che ha fatto un professore a ragazzi quattordicenni, ma lui che ha la maturità di un quattordicenne me l'ha riportata e mi ha detto: "Zia però in effetti noi abbiamo bisogno di riconfrontarci di tornare a scuola".

Ecco io credo che il tema degli adolescenti, lo abbiamo poco presente, mentre dalla prevenzione alla presa in carico, anche alla riabilitazione, sta esplodendo in termini di disagio, in termini di tutela ai minori, in termini di presa in carico di adolescenti fragili, in termini anche di comportamenti legati proprio alla promozione e alla prevenzione.

Questo può essere ad esempio un campo dove la multidisciplinarietà è d'obbligo, dove il confronto interprofessionale è d'obbligo, dove la creazione e l'interconnessione di reti istituzionali sanitarie e socio-sanitarie, ma anche con gli enti locali sono d'obbligo. Credo che sia questa la vera rivoluzione del COVID, la capacità di sperimentare con coraggio l'innovazione e non di continuare a coltivare e accudire le arretratezze, perché altrimenti possiamo proseguire a fare bellissimi seminari che danno anche grandi idee, ma la messa a terra, come la chiamo io, è una messa a terra che deve passare attraverso la condivisione dei diversi attori protagonisti.

In questo senso gli infermieri, che io ho l'onore di rappresentare, sono assolutamente disponibili e si stanno anche mettendo in discussione rispetto ai modelli organizzativi, senza preconcetti e senza pregiudizi, ma salvaguardando quegli elementi di peculiarità che appartengono a noi, ma che appartengono anche a ogni altra famiglia professionale. Grazie

■ **Francesco Ripa di Meana**

Presidente FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)

E' un piacere ritrovarsi con vecchi amici e collaboratori. Ringrazio, altresì, gli estensori del libro, poiché riflettere tempestivamente su quanto è accaduto durante la pandemia e il farlo in modo organico mi pare assai utile. In particolare, mi preme sottolineare come, durante l'emergenza, non solo nelle regioni meglio attrezzate, ma an-

che in quelle maggiormente colpite dalla crisi, i Direttori Generali della Aziende si sono prodigati per trovare soluzioni e ridurre la drammaticità dell'impatto.

A tutti loro è, peraltro, evidente come i finanziamenti europei del “Recovery fund” rappresentino una occasione unica per cambiare davvero, migliorandolo, il nostro S.S.N.. Partendo da alcune evidenze che vorrei richiamare:

innanzi tutto, non si parte da zero. Il nostro Sistema sanitario è stato investito da un'ondata di piena, ma – sostanzialmente – ha retto, pur mostrando numerose crepe. Occorre, dunque, fare tesoro della esperienza vissuta per introdurre miglioramenti, sistematizzare cambiamenti, avviare processi di innovazione.

Inoltre, abbiamo constatato come nei tre mesi di massima virulenza le Aziende di tutt'Italia si siano addestrate nello smontare e rimontare, con grande rapidità, assetti organizzativi e percorsi assistenziali. Questo approccio massimamente flessibile è derivato da un preciso impegno della “governance” aziendale. Gli organi governativi, da un lato e i soli professionisti, dall'altro, non ce l'avrebbero mai fatta senza il Management aziendale.

Un altro “mantra” va ridimensionato. Il futuro del S. S. N. non passa dal ridimensionamento dell'ospedale, bensì dal suo essere servizio integrato funzionalmente con altri servizi di territorio, creando una osmosi attraverso cui l'ospedale giunge anche al domicilio del paziente (mediante la telemedicina, portando farmaci e dispositivi...) tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale. Va, peraltro, ricordato come proprio quest'ultimo abbia pagato il prezzo più alto, durante questi ultimi anni, in termini di razionalizzazione riducendo la “non appropriatezza” ma con una forte contrazione economico/finanziaria.

Ancora, il bistrattato “principio di precauzione”, il cui non rispetto è stata causa decisiva nel diffondersi della pandemia, risalta maggiormente come criticità territoriale piuttosto che ospedaliera. I criteri di sicurezza, in qualche misura, sono stati sempre praticati all'interno dei nosocomi; anche se del tutto misconosciuti, al loro esterno. La sicurezza delle cure è, comunque, diventata un tema centrale di riflessione per il futuro.

La pandemia ha creato anche le condizioni per

sperimentare alcuni, nuovi, “setting” assistenziali intermedi: dai “drive-in”, alle USCA e ai centri vaccinali compresi i palazzetti dello sport utilizzati per le vaccinazioni di massa, come anche all'uso massivo della telehealth (dopo anni di tentennamenti).

E ritengo forviante l'idea – che compare nelle prime bozze del “Recovery plan”- che il potenziamento dei servizi territoriali dipenda solo dalla costruzione di nuove strutture “fisiche”: le “case di comunità”. Non è con l'ossessione del mattone che si produce qualità assistenziale, bensì con l'innovazione organizzativa ed operativa orientata alla creazione di processi di continuità assistenziale.

Due, ultime, considerazioni:

ribadisco la centralità essenziale della funzione di coordinamento ad indirizzo e governo del “change management” del Management aziendale; del vertice strategico e della tecnostruttura professionale. Per innovare con razionalità, per spendere bene i danari dell'Europa, per progettare con coerenza i percorsi di cambiamento è indispensabile una regia visionaria e sapiente radicata nei singoli contesti che solo l'Azienda può assicurare in termini continuativi e capillari (ovviamente, all'interno di un quadro nazionale e regionale di orientamento complessivo).

I mutamenti realizzatesi in molte regioni, recentemente, hanno posto in evidenza come, da un lato, siano in corso processi aggregativi che generano “holding” interaziendali e regionali, dall'altro, a livello aziendale, si punti ad investire su di una più diffusa qualificazione del “middle management”. In particolare, sono due, a mio avviso, le figure che devono essere potentemente qualificate per svolgere un ruolo sempre più strategico. Il “direttore medico di presidio”, ad oggi pochi e poco valorizzati e il “direttore di distretto” che, con il crescere delle dimensioni e della complessità organizzativa di questi ultimi, deve rappresentare una sorta di “direttore aggiunto”, sul territorio, del Direttore Generale.

Ancora una volta, è l'Azienda che viene chiamata ad implementare le strategie del cambiamento sviluppando una visione delle trasformazioni che, a livello locale, devono assumere i caratteri della concreta fattibilità e della tempestiva realizzazione.

■ **Fosco Foglietta**

Le considerazioni che ho ascoltato, tutte puntualissime e sostanzialmente confermate di una pluralità di indicazioni e di stimolazioni che abbiamo cercato di aggregare, sistematizzandole, all'interno del volume. Mi permetto, in conclusione, ancora ringraziandovi, di sottolineare 4 punti che mi sono parsi particolarmente importanti nella costruzione di una visione di cambiamento che sia organica e sistematica, non effimera.

La prima; non c'è alcun dubbio che dobbiamo ribadire con forza e convinzione assoluta che il cambiamento non passa soltanto attraverso la elaborazione di idee, ma dalla loro sperimentazione. Non c'è cambiamento vero se non ci si sporca le mani con la possibilità di verificare in che termini le idee, anche le migliori possibili, possano, nel concreto, sviluppare una diversità che produca un cambiamento positivo e misurabile. Peraltro, le sperimentazioni devono avere una loro continuità nel tempo; non hanno un'alfa e un'omega predeterminata e chiusa; si sviluppano in "progress", alla continua ricerca di nuove soluzioni. In questo si misura la capacità del sistema di accoglierle, trasformando i propri assetti, organizzativi, gestionali e operativi. Ma, accanto alla sperimentazione, non dobbiamo dimenticare il valore della riproducibilità delle migliori performance. Molto spesso, non occorre andare alla ricerca di aspetti totalmente originali. E' sufficiente valorizzare quelle soluzioni che hanno dato buoni esiti e che, con poca fatica e molta convinzione (questo sì è necessario) possono essere riprodotte. Occorre avere ben presente, però, come la riproducibilità non sia un processo spontaneo; va guidato e, in qualche misura, inserito all'interno di una riflessione che costruisca i fondamentali necessari affinché una esperienza consolidata possa riprodursi in altri contesti. Occorre elaborare una "grammatica" della riproduzione dei processi.

La seconda considerazione è relativa alla prevenzione. Nel corrispondente capitolo del volume, si insiste molto sul fatto che essa (in particolare, quella primaria, con i suoi "sani stili di vita", quella secondaria, strutturata nelle forme dello screening e quella terziaria, dedicata al rallentamento dei processi cronico/degenerativi) non possa essere appannaggio di un solo Dipartimento, o del solo Sistema sanitario. La prevenzione primaria deve, infatti, essere il frutto di una programmazione integrata e diffusa che coinvolga le risorse non professionali, volontarie, dell'associazionismo (in particolare, sportivo e ricreativo) presenti

sul territorio. Questo impegno non si sviluppa automaticamente, richiede una precisa pianificazione a seguito della dichiarata disponibilità di tutti gli attori. Appare, inoltre, necessaria una regia competente per porre in sinergia tutte le risorse delle comunità locali. Terzo; in sintesi: cos'è mancato al modello lombardo? La tendenza ad accettare un paradigma ormai inevitabile per qualificare l'assistenza: il passare dalla "medicina di attesa" alla "medicina di iniziativa", attraverso un percorso di presa in carico e di continuità dell'assistenza che (come si afferma in più parti del volume) produce una serie di effetti positivi. E' un paradigma culturale, prima ancora che assistenziale e deve informare di sé la revisione dei processi di assistenza primaria (a partire dalla organizzazione corretta delle attività all'interno delle Case della Salute). In conclusione, dunque, quale potrebbe essere, con un minimo sforzo, un primo indicatore di miglioramento della qualità e dell'efficacia delle cure primarie? Partiamo dal fatto che si sta realizzando, in molte regioni, un crescente processo di aggregazione dei medici di Medicina Generale all'interno delle "medicine di gruppo". Queste, come è stato giustamente sottolineato, non devono essere solo dei pluriaggregati di singoli ambulatori, non sono il frutto di aggregazioni puramente fisico/strutturali. La medicina di gruppo deve diventare un piccolo, nuovo, servizio; una "Casa della Salute", mignon, ma efficace nella sua articolazione organizzativa e operativa. In essa - con una estrema facilità e con poco costo - le Aziende USL possono inserire collaboratori amministrativi e unità infermieristiche. Si possono, altresì, instaurare rapporti formalizzati di integrazione con gli specialisti ambulatoriali di territorio,

Soprattutto, al suo interno, devono essere inseriti organicamente gli operatori sociali del comune di riferimento, in modo da favorire, concretamente, l'integrazione socio-sanitaria. La qual cosa richiede un preliminare accordo con le amministrazioni locali allo scopo di pianificare congiuntamente questa soluzione. La "medicina di gruppo", così rivisitata può, infine, rappresentare una importante occasione per essere, da un lato, punto di aggregazione degli operatori sanitari (l'infermiere) e sociali (l'A.S.) di comunità e per promuovere, dall'altro, quel coinvolgimento di risorse vecchie e nuove - in una logica sinergica di cooperazione integrata - che sono necessarie per alzare decisamente il livello della qualità dell'assistenza.