

# UNA NUOVA SANITÀ PER LA SALUTE DI TUTTI

## Reti cliniche integrate e strutturate

Dal Piano Nazionale della Cronicità  
al Piano Ripresa e Resilienza



**Enrico Desideri**

*Presidente Fondazione  
Innovazione e Sicurezza in Sanità*

Luglio 2021

## **PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA:**

### ***Percorso di implementazione***

La Fondazione, al fine di supportare il Sistema Sanitario Nazionale nel realizzare con efficacia l'evoluzione prevista dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), favorendo così il **miglior impiego delle risorse messe a disposizione dal Recovery Plan**, in accordo con le Direzioni Aziendali, avvierà un **progetto di sviluppo manageriale e implementazione** finalizzato a condividere, realizzare e monitorare in alcune realtà italiane, un nuovo **Modello Organizzativo per l'Equità, la Prossimità e la Sostenibilità delle cure**.

Con l'endorsement e il supporto scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità, di AGENAS, del Ministero della salute, del Consiglio Superiore di Sanità- sez. 1°, e, infine, di varie Università, la Fondazione intende sviluppare un percorso di **formazione e accompagnamento del top e middle management sanitario** per supportare la **concreta implementazione delle linee strategiche del PNRR salute**, attraverso l'applicazione di modelli organizzativi condivisi, tesi al raccordo strutturato fra i setting clinico-assistenziali territoriali ed ospedalieri.

Insieme alle Direzioni, il progetto, è finalizzato ad assicurare nelle Aziende coinvolte le **competenze essenziali per la gestione dell'organizzazione della "sanità del futuro"**, con un **percorso di 1 anno, interattivo**, con il top management di **15 Aziende Sanitarie di varie regioni italiane**, dinamicamente impostato secondo l'approccio di "**action learning**", che alterna formazione teorica a momenti di declinazione pratica e di monitoraggio dei risultati in una logica "**real world evidence**".

**I pilastri manageriali per la Sanità del futuro** sono basati sulle esperienze internazionali del Population Health Management e sulla copiosa letteratura, anche nazionale, che documenta l'**associazione fra l'equità, la prossimità e la sostenibilità**, legata a un minor ricorso alle cure ospedaliere anche in emergenza, principale fonte di spesa per le aziende sanitarie; **la pandemia da COVID ha messo purtroppo in luce le enormi problematiche emergenti la dove questi pilastri non siano attivi**, evidenziando, là dove l'assunzione in cura sul territorio si è dimostrata meno performante, un maggior ricorso all'ospedalizzazione e perfino un'aumentata mortalità nei malati fragili!

Come sottolineato dal PNRR, ma già indicato sia dal Piano Nazionale Cronicità, sia dal Patto della Salute 2019-2021 e correttamente descritto nel capo 3° e 4° del DPCM 9.1.2017, condizioni abilitanti indispensabili sono la **prossimità e la proattività**, nonché la realizzazione di una **maggiore integrazione multidisciplinare nella gestione del paziente**, attraverso il superamento di vere e proprie barriere culturali che ostacolano il raccordo fra i professionisti in generale e fra ospedale e territorio in particolare. Perché questi principi strategici si realizzino, è fondamentale che siano incardinati in un **sistema organizzativo strutturato e continuamente monitorato: le RETI CLINICO-ASSISTENZIALI INTEGRATE E STRUTTURATE**.

## ROADMAP DI IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO:

### *programma 2021-2023*

Il percorso di **formazione e accompagnamento del top e middle management sanitario** per supportare la **concreta implementazione delle linee strategiche del PNRR salute** è articolato in 4 diverse fasi, a partire, dal momento di **kick off del 16 luglio 2021**.

In occasione dell'**evento Health Value Lab Academy** del 16 luglio 2021, alla presenza dell'ISS, del Ministero della Salute, di AGENAS e della Conferenza delle Regioni, l'iniziativa viene condivisa con le Aziende Sanitarie, a partire dal Position Paper che ne esprime i pilastri portanti.

Quindi si sviluppano le 4 fasi:

**1. SEEDING:** ovvero condivisione delle priorità strategiche delle Aziende Sanitarie coinvolte mediante incontri **one to one**, e condivisione degli elementi di contenuto portanti, attraverso un primo **momento formativo e di sensibilizzazione**. Più specificatamente l'attività formativa prevede che **nei mesi di settembre e ottobre 2021** nell'arco di **3 webinar da 4 ore** siano affrontati, con una **alternanza di interventi metodologici e di presentazione di pratiche di eccellenza**, i seguenti temi:

- **Il Population Health Management**, ovvero il modello per la presa in carico dei malati cronici;
- La **Sanità di territorio**, attraverso una rete integrata clinico-assistenziale costruita secondo una logica di patient centricity;
- L'**interazione** fra territorio e ospedale e fra ospedali (rete specialistica) per una più efficace presa in carico dei pazienti complessi;
- La **Digital Health**, come leva una maggiore integrazione multiprofessionale nella gestione del paziente e l'empowering dello stesso;
- Il **Sistema di Performance Management**, ovvero l'adozione strutturata di strumenti per una governance forte, partecipata e di iniziativa del servizio sanitario;
- Il **Change Management**, come sistema strutturato di coinvolgimento di tutti gli Stakeholder locali in un percorso continuo di apprendimento e sviluppo organizzativo. Ogni modulo prevede il coinvolgimento di docenti provenienti dalle Istituzioni e dalle principali Università italiane e testimonianze di buone pratiche attivate da parte di top management sanitario e di figure istituzionali.

**2. DISCOVERING:** ovvero **finalizzazione** del percorso di implementazione del Modello Organizzativo per l'Equità, la Prossimità e la Sostenibilità delle cure, in accordo alle indicazioni del PNRR, in **funzione delle specificità di ciascuna Azienda Sanitaria**, attraverso l'attivazione di **momenti strutturati di confronto**: l'obiettivo è quello di identificare il **"cosa fare"**.

Più specificatamente, **a cavallo tra novembre 2021 e gennaio 2022**, tale fase prevede prima un **confronto con il Top e il Middle Management della Azienda Sanitaria** al fine di identificare specifiche aree di miglioramento, di **declinare le leve a ciò necessarie e rispetto a queste**

**attivare degli specifici “cantieri di lavoro”, secondo una agenda strategica:** a tal fine si ipotizza un primo **workshop con la Direzione Generale e la sua prima linea** per l’identificazione delle priorità strategiche dell’azienda sanitaria, le linee guida di azione e i “cantieri da attivare” e i team operativi di middle manager (Direttori di Distretto, Dipartimento/Area funzionale sia gestionale, sia tecnico professionale) coinvolti.

**3. PLAN:** ovvero in ciascuna Azienda Sanitaria **declinazione condivisa** con il Middle Management e l’approvazione del Top Management di un **piano operativo di lavoro** finalizzati alla implementazione del Modello Organizzativo per l’Equità, la Prossimità e la Sostenibilità delle cure, in accordo alle indicazioni del PNRR, sulla base delle indicazioni fornite attraverso un **percorso di approfondimento formativo** rispetto a quelli che ne sono i temi portanti: l’obiettivo è quello di identificare il **“come fare”**.

Tale fase si articola nel periodo febbraio – maggio 2022 in due percorsi di attività distinti:

- **Approfondimento formativo** rispetto ai 6 contenuti condivisi nella fase di SEEDING, mediante **6 incontri digitali monotematici dedicati** a cura degli stessi docenti previsti nei primi webinar;
- **Affiancamento e facilitazione dei team operativi di Middle Manager**, coordinati da un **project leader dedicato** della azienda stessa, mirati alla definizione delle attività necessarie e della agenda operativa conseguente. Inoltre spetterà agli stessi, in accordo con il Top Management, **a cavallo tra marzo e maggio 2022 realizzare eventi di presentazione** all’intera organizzazione, ai Sindacati, agli Ordini Professionali e alle Istituzioni (Regione-Comuni- Azienda ospedaliero-universitaria di riferimento – Centri Universitari e Enti di ricerca), nonché ai rappresentanti della Comunità (l’utente finale), dell’intero progetto auspicabilmente sostenuto, almeno in parte, dal finanziamento previsto dal Recovery Funds.

**3. DEVELOPMENT:** ovvero, a partire da Giugno 2022, avvio dell’applicazione del nuovo modello organizzativo e finalizzazione dello stesso, attraverso PDTA e Dimensionamento della Domanda/Offerta Sanitaria.

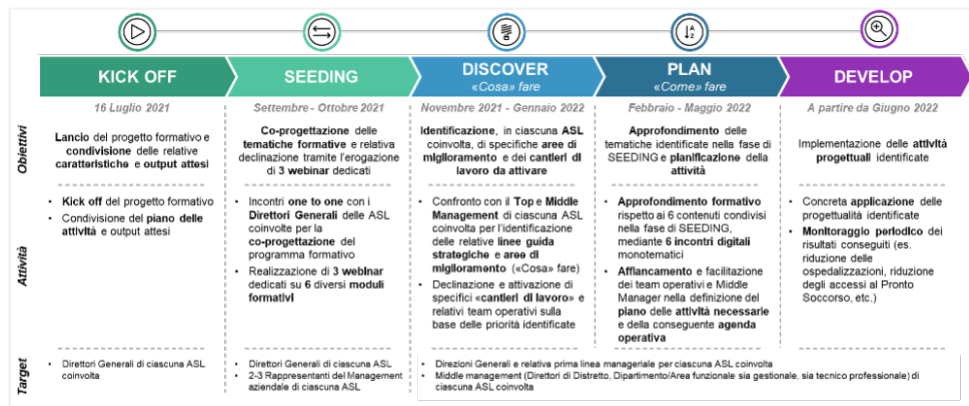


Figura 1: Roadmap per l’implementazione del modello

## PREMESSA SCIENTIFICA AL PROGETTO

*Le gravi difficoltà assistenziali documentate e vissute nei Paesi Occidentali, Italia inclusa, e il differente impatto in termini di ospedalizzazione, ma soprattutto di mortalità osservato, specie durante la prima ondata della Pandemia da COVID, nelle diverse aree/regioni del nostro Paese hanno messo in evidenza la necessità - non più eludibile - di una riforma della assistenza socio-sanitaria territoriale, soprattutto, tesa a garantire l'assistenza ai soggetti più fragili, in particolare di quella sotto-popolazione che ha minore accesso alle cure per ragioni socio-culturali (ad es. livello istruzione, vedi ATLANTE INMP-ISTAT 2018) e geografiche (aree interne), senza scordare la "hidden population" (c.a. 1 milione in Italia) difficilmente raggiunti perfino dalle campagne vaccinali.*

*Tale condizione è ulteriormente peggiorata durante la pandemia!<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup>Emerge dai Flussi ministeriali la riduzione nel 2020 vs il 2019 di 1.3 milioni di ricoveri (- 17%) sia medici che chirurgici sia programmati che urgenti, sia per adulti sia pediatrici quasi in uguale percentuale; oltre la riduzione di trattamenti come la radio e chemioterapia, gli impianti cardiologici (defibrillatori, pacemaker).  
A quanto sopra, si aggiunge una riduzione di ben 45,5 milioni di prestazioni ambulatoriali (specialistiche - strumentali)!

## CONTENUTI PROGETTUALI

Una copiosa letteratura nazionale<sup>2</sup> ed internazionale ha documentato come la gestione della cronicità in funzione dei bisogni (equità delle cure) si associa ad una significativa riduzione del ricorso al sistema di emergenza sanitaria e all'ospedalizzazione specie per eventi acuti di origine cardio e neuro vascolare, quindi, ad una migliore sostenibilità.

A quanto sopra, deve essere aggiunto il ruolo, anch'esso ben documentato, della prevenzione nella riduzione dell'incidenza delle patologie cardio-cerebro vascolari e dei tumori, soprattutto, respiratori e gastro-enterici!

La Pandemia da Covid può, quindi, rappresentare la tempesta "perfetta", uno stress test, che ci spinge ad un cambiamento radicale dell'impostazione strategica in sanità, verso una innovazione organizzativa e tecnologica oggettivamente non più rinviabile.

Il PNRR elaborato, in effetti, sottolinea il valore della **prossimità e della proattività** per assicurare la presa in cura di tutti, per il superamento delle barriere culturali e per il **governo clinico dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)**.

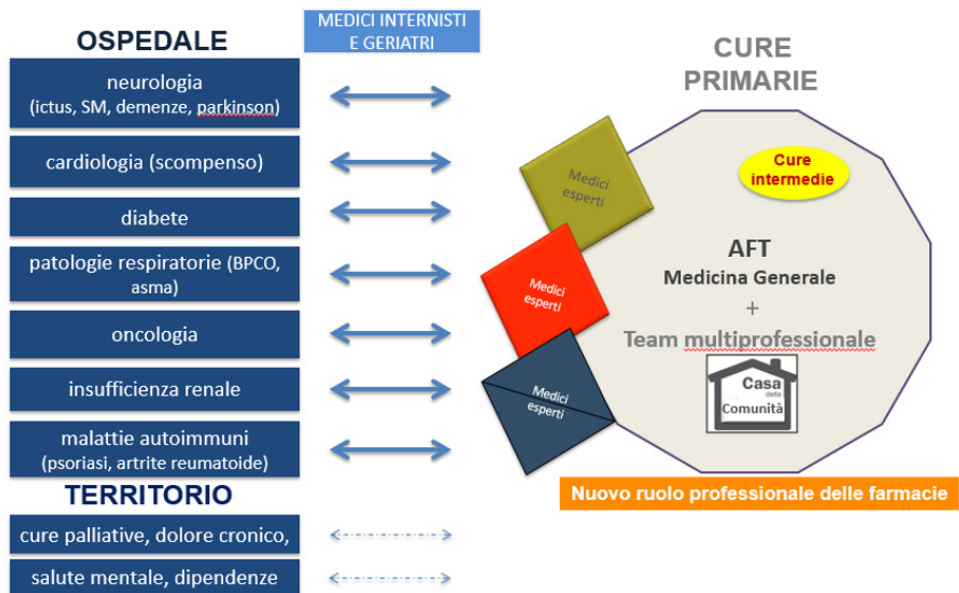


Figura 2: Reti Clinico assistenziali integrate e strutturate - rappresentazione grafica

<sup>2</sup>Berwick DM., Nolan T., et al: *The tripple aim: care-health-cost reform*, 2008  
Wanger E., *Community of practice*, 1994  
Kurtzman: *Journal of health care management*, 2015

A tale proposito è utile ribadire che il PDTA è rappresentato da una sequenza predefinita di prestazioni (multi-professionali e multi-disciplinari) che si incardinano nei modelli organizzativi adottati.

Non è, quindi, possibile assicurare né equità, né sostenibilità delle cure in assenza di un approccio STRUTTURATO che garantisca il PDTA mettendo in RETE ed INTEGRANDO il ruolo dei vari attori (medici, infermieri, assistenti sociali del Comune e della ASL, farmacisti, tecnici, amministrativi), che operano sul territorio e in ospedale; da questa considerazione nasce l'idea delle Reti clinico assistenziali integrate e strutturate.

E' necessario sottolineare come la mancanza di raccordo fra i setting assistenziali, specie fra ospedale e territorio, sia dovuto in gran parte ad una visione ospedale-centrica, ferma al secolo scorso: un limite culturale, purtroppo sostenuto da una campagna informativa distorta e diffusa, da una generale scarsa propensione al cambiamento ("abbiamo sempre fatto così") e da una attenzione gestionale solo sull'efficienza, sui **costi intermedi**, e non sull'efficacia e sui **costi finali**, così come è accaduto con l'introduzione dei nuovi farmaci contro l'Epatite C.

Quanto descritto necessita per funzionare di dieci **fattori favorenti**, dieci scelte, dieci azioni:

**1) Il PDTA** deve tener conto delle caratteristiche specifiche del malato (poli-patologia, area residenza urbana o rurale, età, genere, stato socio-culturale e abitativo, condizioni psicologiche, linguistiche e la presenza- o meno- di un care giver...)<sup>3</sup>

A tal fine si adotta il **PAI** (Percorso assistenziale individuale), indispensabile, spesso, sia per il superamento delle sopra accennate barriere all'accesso, sia per i pazienti fragili, sia per i soggetti affetti da più malattie croniche.

Per la realizzazione del PAI occorre disporre di Punti Unici di Accesso (**PUA**) e di Unità per la Valutazione Multidimensionale (**UVM**) in grado di effettuare una completa valutazione dei bisogni specifici e di prendersi cura del malato, anche grazie all' indispensabile integrazione con i servizi sociali assicurati sia dalle ASL, sia dai Comuni.

**2) L'adozione di appositi algoritmi** permette alla Azienda Sanitaria di **stratificare la popolazione** in base al livello di rischio, scoprendo, ad es., che una sottopopolazione pari al 2.7-3% (all'apice della Piramide di Kaiser) ha un rischio di ospedalizzazione pari al 90-95% entro l'anno e necessita – quindi - di una attenzione specifica.

---

<sup>3</sup> I trend demografici evidenziano il fenomeno di crescente invecchiamento della popolazione associato spesso alla non autosufficienza presente ad es. nel 33% della popolazione over 75. Inoltre, i dati CENSIS indicano che in Italia al 2040 ci saranno oltre 19 milioni di anziani (+ 38,5%) e 28 milioni di cronici (+12%)

3) L'adozione ed il supporto della **Telemedicina**: se vogliamo infatti garantire il **raccordo fra i professionisti** è ormai consolidato il ruolo del TELECONSULTO per facilitare la sistematica interazione, ad es., fra il Medico di Medicina Generale e lo specialista di riferimento per il corretto PDTA di un paziente affetto da malattia cronica, anche rara (ad es. Sclerosi Multipla, Fibrosi polmonare...) o in follow-up dopo un episodio di scompenso cardiaco o per patologia oncologica.

a. Come ben evidenzia il PNRR, affinché la **casa** possa effettivamente essere il **“primo luogo di cura”** occorre avvalersi di tecnologie, quali la domotica e il tele-monitoraggio dei pazienti fragili.

b. L'innovazione digitale e complessivamente tecnologica deve potersi servire anche delle potenzialità espresse dai nuovi trends di adattabilità e usabilità dei Dispositivi Medici, mentre dovrà essere superata -al fine di rendere possibile la personalizzazione delle cure- la **non interoperabilità** dei sistemi in uso per la gestione dei dati sanitari.

Il **raccordo fra i professionisti** deve essere **NOMINATIVAMENTE DEFINITO** affinché il malato sia al centro del percorso e si eviti il “rimpallo” fra uno specialista e l'altro o fra una TAC e una RMN (!), così attivando le c.d. COMUNITA' DI PRATICA (vd. nota 2), anch'esse efficacemente sperimentate e descritte in letteratura.

#### 4) “Nulla si migliora se non viene misurato”!

La misura/monitoraggio periodico degli indicatori di esito, performance, costo e il loro follow-up permette la rilevazione di alert (in genere mensili) che, se esaminati, insieme, dagli attori che operano in ambito distrettuale e nel presidio ospedaliero di riferimento mediante AUDIT, CONSENSUS CONFERENCE, e periodicamente coinvolgendo anche coloro che rappresentano la Comunità (associazioni di pazienti, dei cittadini...), aumentano la consapevolezza, la partecipazione attiva e assicurano la correzione continua delle risposte rispetto ai bisogni<sup>4</sup> migliorando così anche il rapporto di fiducia tra cittadini e Aziende.

In quest'ottica l'adozione di sistemi di segnalazione al medico e al farmacista, inoltre, può facilitare la rilevazione della non aderenza alla terapia e del non rispetto del PDTA.

Significativo, a tal proposito, è un indicatore in corso di inserimento nel Nuovo Sistema di Garanzia (nuovi LEA): il PDC (*Proportion of days not covered*) misurabile calcolando il numero dei giorni che intercorrono fra la prescrizione elettronica del farmaco e il suo ritiro (fustella) nella farmacia territoriale di riferimento del malato.

a. Affinché quanto detto, a titolo esemplificativo, possa essere attuato è indispensabile la costruzione, non certo sostitutiva del Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse), di una piattaforma informatica efficace (clinical data center) e di una **Unità specializzata in Data governance e data analytics**.

---

<sup>4</sup>Il tema della CENTRALITA' del FATTORE UMANO per la ottimale gestione organizzativa necessita di un coraggioso approfondimento fra tutti gli stakeholders, sia pubblici sia privati.



b. Al fine di una puntuale analisi dei dati sanitari e sociali di una specifica area, è opportunamente prevista dal PNRR l'attivazione di Centrali Operative Territoriali (**COT**) che, per un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti, devono coordinare ed assicurare i servizi, specie erogati a domicilio, e facilitare il raccordo fra ospedale e assistenza territoriale, specie in fase di dimissione.

Tale Centrale permetterà, inoltre, la concreta messa a disposizione dei dati sanitari alla Comunità di pratica di professionisti che ha in carico il malato, garantendo la sicurezza e la fruibilità degli stessi. In tal senso, vale la pena sottolineare, oltre ai dati amministrativi, l'importanza della **percezione e delle valutazioni dei pazienti**, sugli esiti di salute e sulla presa in cura, anche attraverso la raccolta dei PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) e dei PREMs (*Patient Reported Experience Measures*).

c. Rispetto a soli pochi anni fa, le soluzioni tecnologiche oggi disponibili rappresentano un'occasione imperdibile per dare, attraverso il supporto delle stesse, una spinta decisiva al cambiamento organizzativo e allo sviluppo della **ricerca**. Va ricordato che il **collegamento fra ricerca** (biomedica e traslazionale – epistemologica), **programmazione e capacità di analisi dei dati**, anche “banalmente” generati dai flussi informativi, rappresenta una prospettiva di grandissimo interesse, oltre che una condizione favorente l'applicazione della medicina personalizzata e un investimento per l'intera società!

5) Essenziale è la valorizzazione del **ruolo dell'infermiere** sul territorio che può supportare concretamente la permanenza a **domicilio** del paziente fragile grazie ad una formazione professionale molto orientata alle cure essenziali del malato in tutti i contesti assistenziali, anche con il supporto di tecnologie, come il TELEMONITORAGGIO, sopra già richiamato, che lo collegano con l'ambulatorio del medico o con il team, presso la Casa della Comunità. Da sottolineare, allo stesso modo, la funzione irrinunciabile dei **servizi sociali integrati** (come previsto dalla L. 328/2000) fra Comuni e Asl<sup>5</sup> soprattutto tesi a risolvere i temi connessi alle persone anziane, fragili e che vivono sole e la rilevanza del coinvolgimento in **rete delle farmacie sul territorio**, capillarmente diffuse: veri baluardi riconosciuti dalla comunità.

L'applicazione, già ampiamente prevista sia nei **contratti** del personale dipendente, sia negli **accordi** nazionali ed integrativi regionali della Medicina Generale (ACN 18/6/2020, art. 26), dei sistemi incentivanti (e penalizzanti...) finalizzati ad un adeguato arruolamento dei malati cronici, costituisce un elemento di rinforzo della rete e, nei fatti, oggettiva la decisione insieme assunta sul COSA e sul COME fare.

6) La **prenotazione** degli accertamenti e delle visite specialistiche, **per classi di priorità**, in **prossimità**, svolta sia presso gli ambulatori delle cure primarie, sia presso i poliambulatori specialistici ospedalieri, “**dove si prescrive si prenota**”, ove effettuata, ha ridotto molto la criticità **percepita** dai cittadini sui **tempi di attesa** trovando, proprio lì dove è emersa

---

<sup>5</sup>Il 33% degli over 75 sono non auto-sufficienti (CENSIS 2021), 2,8 milioni secondo ISTAT 2017

la necessità di accertamenti, supporto e risposta ai dubbi e alle preoccupazioni, certo non risolvibili nel Centro Unico di Prenotazione (Cup).

**7) Il raccordo STRUTTURATO** – non occasionale - **nell'organizzazione fra i professionisti** del team di base (quello multi-professionale sul territorio) e del team allargato alla componente specialistica ospedaliera (Comunità di pratica) non può essere solo deciso dal management, in un contesto operativo, come quello sanitario, caratterizzato dalla necessità di continui aggiustamenti congruenti alle diverse necessità del malato. Solo la **piena condivisione** delle finalità etiche e **l'analisi partecipata delle necessità** pratiche può garantire il successo del modello e fare da “collante” fra i diversi professionisti... ed ecco il motivo di un continuo confronto e di una formazione che lasci spazio a momenti di consensus sulle priorità e di auditing interno fra i professionisti che operano ed interagiscono, ad es., nell'ambito di un Distretto o di un Dipartimento, rendendo così possibile una continua VRQ delle attività svolte.

a. Importantissimo è che la rete specialistica coinvolga anche i **Presidi Ospedalieri di Prossimità** (c.d. “piccoli ospedali”, sotto gli 80 pp.II.) affinché venga loro assicurato il supporto **specialistico alla rete internistica** che caratterizza il ruolo di questi ospedali, adesso – dopo una necessaria e opportuna riduzione - **da valorizzare e non più da chiudere**<sup>5</sup> Il loro ruolo ormai si svolge in tutta Italia nelle aree interne, a bassa densità abitativa e con una viabilità assai complessa e rappresentano, spesso, l'unico concreto riferimento specialistico per la popolazione residente. La (pericolosa) sottovalutazione degli ospedali di prossimità ha, nei fatti, generato un aumento del rischio sanitario per chi ci si rivolge e per chi ci lavora.

**8)** Già nella L. 189/2012, all'art. 1 – era previsto che, nell'ambito del distretto, fosse garantita **nelle 24 ore e in tutti i giorni della settimana** l'attività assistenziale integrata mediante forme organizzative mono-professionali chiamate Aggregazioni Funzionali Territoriali (**AFT**) e che in questo contesto si condividano obiettivi e percorsi assistenziali, nonché si integrino in team le varie professionalità – convenzionate o dipendenti - presenti sul territorio, incluso il sociale erogato dalla ASL, auspicabilmente integrato dal Comune.

Affinché tale aggregazione non sia una “scatola vuota”, così come previsto dal Patto per la Salute 2014-2016 (art 5 c.2) e dal successivo Patto 2019-21, sul territorio:

1. vengono realizzate le UCCP, oggi opportunamente molto ben definite dal PNRR con il nome di **Case della Comunità**
1. si **incrementano** i pp. II. tecnici per **le cure intermedie** (c.d. ospedali di comunità)
1. sono sviluppate le indispensabili **cure a domicilio** (ADI). A tal proposito è opportuno proseguire l'esperienza condotta durante la fase emergenziale: la realizzazione – in tutte le regioni – delle **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** nate per l'assistenza dei malati COVID e finalizzate alla Assistenza domiciliare integrata (ADI),

---

<sup>5</sup>Sono documentate esperienze di raccordo in telehealth fra gli specialisti d'organo degli ospedali maggiori e i colleghi internisti o geriatri che operano negli ospedali di prossimità, oltre che la costituzione di equipe professionali itineranti.

la cui offerta appare oggi disomogenea e complessivamente carente (dati Flusso SIAD, 2019), anche nella prospettiva della nascita del **numero unico europeo** per le cure mediche non urgenti 116117.

**9)** La attività di **Prevenzione e lo studio epidemiologico** (direi epistemologico) sono alla base di qualunque intervento teso all'equità e alla ricerca per la conoscenza dei bisogni: le risorse da destinare sono quindi indispensabili, così come occorre porre attenzione alle risorse per la promozione e l'educazione alla salute e per l'auto-gestione del percorso terapeutico (ability to cope) del paziente soprattutto cronico e del suo care giver.<sup>7</sup>

**10)** Infine, una visione basata sugli esiti di salute non può non avvalersi della condivisione in partnership (PPP) di conoscenze, "UNO SCAMBIO FRA PARI" anche con le Imprese private che operano in sanità, secondo quanto previsto dal Regolamento Europeo, dal nostro Codice degli Appalti (DL 50/2016) e in coerenza con una nuova cultura della collaborazione pubblico-privato che, in questi anni, si è affermata attraverso molte esperienze pionieristiche di "**condivisione della responsabilità sociale**"<sup>8</sup>. A tal fine, a settembre 2021, verrà effettuato un workshop di co-creation fra la Fondazione e alcuni partner anche privati che porteranno i loro contributi sulle tematiche inerenti il modello.

Questi 10 punti sostanziano anche il Goal 3 dedicato alla salute dell'Agenda globale 2030 per lo sviluppo sostenibile (*Sustainable development goals*) approvata dalle Nazioni Unite.

---

<sup>7</sup>La promozione di corretti stili di vita opportunamente è stata introdotta nei nuovi LEA

<sup>8</sup>"Una cooperazione virtuosa" come suggerisce il Presidente Farmindustria "BASATA SU VALORI E VISION condivisi"

