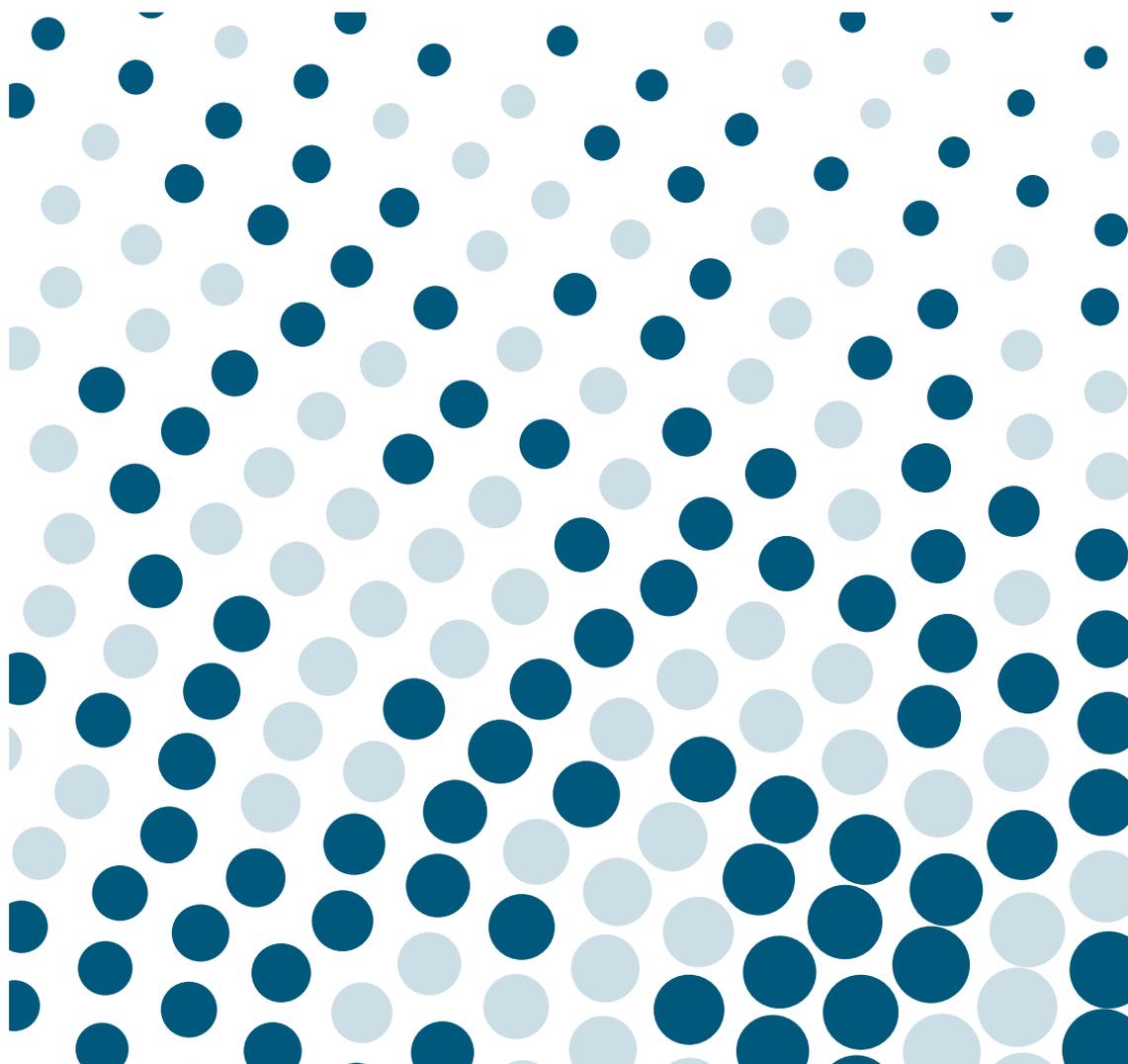


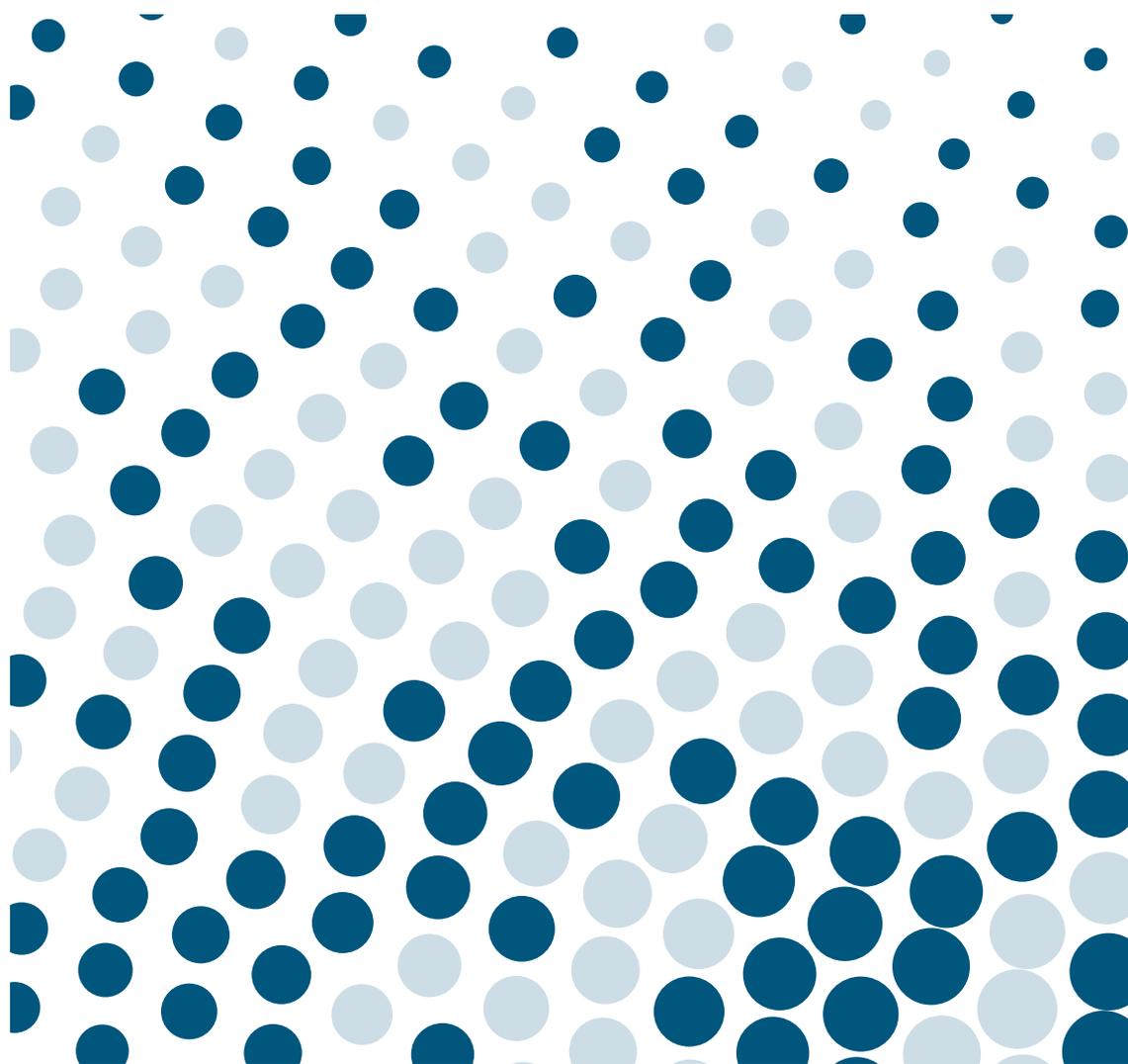
Salute e territorio

I SERVIZI SOCIO-SANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2024



Salute e territorio

I SERVIZI SOCIO-SANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2024



Il Rapporto è stato realizzato da Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali e IFEL-Fondazione ANCI.

A cura di Rosanna Di Natale (Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali) e Giorgia Marinuzzi (IFEL-Fondazione ANCI).

Il presente lavoro si chiude con le informazioni disponibili al 15 novembre 2023.

Codice ISBN 978-88-6650-229-6

Impaginazione a cura di Mirus

Indice

Prefazione di *Alessandro Canelli* / 6

Introduzione di *Tiziana Frittelli* / 8

Capitolo 1.

Il contesto di riferimento / 12

1.1 Il 2020: l'anno della pandemia. Alcuni effetti nella società / 13

1.2 Cambiamenti del momento e innovazioni durature / 15

Capitolo 2.

Le Missioni 5 e 6 del PNRR / 18

2.1 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza / 19

2.2 Missioni, investimenti e riforme / 20

2.3 La Missione 5 per la coesione e l'inclusione: le riforme / 23

2.4 La Missione 6 per la salute: le riforme / 26

Capitolo 3.

Il DM 77: le regole per la sanità di prossimità / 30

3.1 Genesi, sviluppo e implicazioni della prossimità / 31

3.2 Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT / 33

3.3 Telemedicina / 43

3.4 Esperimenti nelle aree interne / 45

3.4.1 Le aree interne 2021-2027 / 46

3.4.2 Alcune esperienze già avviate (per necessità) / 49

3.4.3 Vale la pena interessarsi di aree interne / 56

3.5 Nuove figure professionali / 58

3.6 Legge sulla non autosufficienza / 60

3.7 ATS e Distretti sanitari per l'integrazione socio-sanitaria / 62

3.8 Indicatori di qualità sociale verso la standardizzazione e la possibile definizione dei LEP / 65

3.9 LEA ed extra LEA / 67

3.10 Revisione del DM 70 / 69

Capitolo 4.

I servizi sociali dei comuni: spesa e aree di utenza / 72

4.1 Le dinamiche di spesa / 73

4.2 Le tipologie di spesa e le aree di utenza / 76

Capitolo 5.

Visione One Health / 96

- 5.1 One Health / 97
- 5.2 Salute e cambiamento climatico nelle città /98
- 5.3 Rigenerazione urbana / 99
- 5.4 Piani di prevenzione regionali / 101
- 5.5 Anziani e ragazzi: politiche per la salute futura / 106

Capitolo 6.

Conclusioni / 112

Appendice

Elenco dei servizi sociali o interventi offerti dai comuni / 116

Bibliografia e sitografia / 118

Prefazione

A cura di Alessandro Canelli

Presidente IFEL-Fondazione ANCI

Nell'ultimo decennio, nonostante le numerose trasformazioni intervenute che hanno modificato nel profondo la finanza comunale, lo stato di salute dei comuni ha tenuto. Abbiamo assistito a cambiamenti strutturali ma soprattutto alla sottrazione di risorse importanti per i comuni che ha contribuito ad una frammentazione dell'universo degli enti locali in segmenti caratterizzati da condizioni diverse che la crisi pandemica ha messo in evidenza.

Per contro, la pandemia, in questi ultimi due anni, ha dimostrato quanto la capacità di fare rete abbia avuto un ruolo determinante nella gestione dell'emergenza. Le amministrazioni comunali e le loro strutture sociali, insieme al Servizio Sanitario Nazionale, e grazie anche all'apporto delle diverse espressioni della società civile e del terzo settore, hanno dato prova di una straordinaria capacità di coordinamento e di *governance* del territorio. Il modello di stretta collaborazione tra i vari livelli istituzionali che sono intervenuti sul territorio è stato la formula vincente per la gestione dei differenti bisogni espressi dai cittadini in un momento che non ha precedenti

nella nostra storia.

La pandemia ha dimostrato che in passato sono stati commessi errori, come ad esempio puntare solo sulle strutture di eccellenza, dimenticando l'importanza della presenza capillare di presidi sanitari nei territori. È quindi da questi errori che bisogna ripartire offrendo formazione competente a chi deve amministrare e gestire il sistema pubblico.

Le risorse del PNRR rappresentano un importante strumento per riorganizzare e restituire a tutte le aree del nostro Paese pari dignità e colmare così il divario digitale e le carenze strutturali del territorio. Siamo convinti che tutti i cittadini debbano godere della stessa qualità dei servizi e della possibilità di accedere alle cure in egual misura. Riteniamo che tra i principali compiti dei nostri sindaci rientri il dovere di fornire risposte adeguate e omogenee alle istanze di salute espresse dal territorio. Ma per raggiungere pienamente questo obiettivo è necessaria una efficace attività multilivello di coordinamento tra primi cittadini, autorità

sanitarie locali e Regioni. E anche nelle attività di coordinamento la formazione degli amministratori, dei singoli consiglieri comunali ma anche di tutti i dipendenti pubblici, è fondamentale.

Il PNRR potrà davvero cambiare molto nella sanità e nel benessere di salute dei comuni in termini di benefici per i cittadini, con misure ed interventi rivolti agli enti locali per adeguarsi nel garantire al meglio servizi di assistenza a domicilio. C'è il tempo per rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, partendo dalla digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e al rafforzamento della medicina di prossimità con forti alternative alle cure ospedaliere. Ma affinché le risorse provenienti dal *Recovery* non vadano sprecate e diventino invece una vera opportunità per il Paese, è necessario e fondamentale mettere gli enti locali nelle condizioni di poter effettivamente utilizzare tali somme.

Per fare questo, come in sanità, occorre un maggior coinvolgimento a tutti i livelli e lavorare sulle risorse umane e sulla loro formazione. La formazione è un momento fondamentale della cura del personale a cui va affiancata una politica accurata di percorsi di crescita e di remunerazione competitiva e il rilancio della formazione dei dipendenti comunali è uno snodo cruciale per la "transizione amministrativa", elemento imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi di crescita economica e di benessere collettivo durante, ma soprattutto dopo il PNRR.

Purtroppo, sappiamo che i blocchi occupazionali (protratti nel tempo) hanno portato ad una riduzione del personale comunale e ad un aumento dell'età media: il 21,2% è prossimo alla pensione e quasi la metà del personale ha oltre 55 anni con conseguenze dirette sull'adeguatezza in

termini di qualificazione degli addetti e sulla capacità di sostenere nuovi impegni lavorativi. Infatti, a fronte di un bagaglio di esperienza che va comunque trasferito, l'elevata età media del personale può impattare sulle prestazioni, sulla motivazione, sull'utilizzo di nuove tecnologie e sul trasferimento di *know-how*. Elementi, questi ultimi, che sono parte caratteristica di tutte le Missioni del PNRR.

Alla diffusa carenza di personale nella Pubblica Amministrazione si sta cercando di far fronte con numerosi concorsi che, però, hanno messo in evidenza un grave problema di attrattività del settore pubblico da parte dei giovani. Forse per la prima volta in tanti anni, i posti messi a concorso non riescono ad essere coperti.

L'assunzione dei giovani è uno dei fattori determinanti per il futuro della Pubblica Amministrazione e per gli enti locali in particolare, ma è necessario tener conto che i giovani che scelgono il lavoro hanno in mente un contesto migliorativo rispetto a quello che trovano. Per l'ingresso dei giovani nella PA non vale più il principio del "posto fisso" ma occorre creare un ambiente sfidante.

I comuni, quasi come i pronto soccorso in sanità, sono un fronte aperto e vicino ai cittadini. Occorre, pertanto, avviare una riflessione concreta anche per capire le ragioni che hanno reso (rendono) l'accesso alla Pubblica Amministrazione una scelta di ripiego invece che un impegno entusiasmante laddove si progetta la realtà quotidiana di tutti i cittadini.

Introduzione

A cura di Tiziana Frittelli

Presidente Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali

Questo volume, come il precedente, analizza gli ultimi dati rilasciati dall'Istat sulle spese sociali dei comuni corredati da elementi sottolineati da altri studi e rapporti prodotti in questo lasso di tempo su tematiche relative alle questioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

Considerata la portata dei mutamenti degli ultimi anni, appare impossibile concentrarsi esclusivamente su quanto avvenuto nel 2020 senza tenere in considerazione cosa accade nei nostri giorni anche a causa dei fatti di quell'anno. In questo modo, nell'analisi dei dati, ci si trova con un occhio sul passato e l'altro su quello che è già davanti a noi. Per questo motivo, mentre nel precedente Rapporto si commentavano i dati del 2018 quando il mondo viveva in una bolla di interruzioni delle attività umane dovuta al Covid, in questo volume si osservano i dati del 2020 con un occhio a quello che è stato attivato successivamente proprio a causa del Covid. E, quindi, per citare l'oggetto più importante, al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Per quanto possa sembrare un modo di

procedere quantomeno incerto, tuttavia, è un percorso che consente di studiare il passato prossimo alla luce dei dati consolidati, di esaminare il presente per i progetti in atto e di fare qualche ipotesi sulle sfide che sono state lanciate in questo arco di tempo.

Tornando alle note attuali e alle questioni poste nel Rapporto, si possono fare alcune considerazioni su specifici punti emergenti dallo stesso.

L'ultima Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza pone ancora una volta il problema della sostenibilità dell'intera finanza pubblica e mostra il volto di un Paese in grave difficoltà, che sta sempre più ipotecendo il futuro delle giovani generazioni. Le uniche due voci di spesa in pesante tendenziale incremento sono le pensioni e gli interessi sul debito pubblico, ambedue con radici lontane. Il SSN è in mezzo al guado, alle prese con una riforma, agganciata alla realizzazione del PNRR, che avrà difficoltà a decollare. Infatti, sussistono diversi punti nodali, senza i quali nessuna vera riorganizzazione potrà realizzarsi: il

ruolo delle cure primarie, la loro collocazione, i processi di formazione; la valutazione di un processo di *task shifting* e la conseguente politica delle risorse umane necessaria per attirare e formare adeguatamente quelle numericamente sufficienti; la corretta programmazione dei luoghi necessari per offrire sufficienti cure intermedie. Il tutto sullo sfondo di una transizione digitale che non sarà né semplice né automatica, eppure unico strumento per garantire la casa come luogo di cura e per assistere la popolazione delle aree interne, che riguardano la metà dei comuni italiani.

Tutto questo avviene in un contesto di gravissima denatalità, invecchiamento della popolazione, frenata del PIL, quadro di instabilità mondiale che certo non aiuta alcun Paese europeo.

Oggi la sfida è trovare un equilibrio tra sostenibilità del SSN, *welfare* di comunità adeguato alle esigenze dei più fragili, misure che tendano all'incremento del PIL, primo motore di crescita e, dunque, di sostenibilità del SSN e del *welfare*.

Per questo motivo, oggi più che mai, è necessario ripensare alle politiche dell'integrazione socio-sanitaria in maniera profonda, perché su questo versante il nostro Paese gioca il destino della fascia più debole della popolazione: gli anziani non autosufficienti, destinati ad aumentare nel breve periodo, spesso aggravati da malattie croniche; le fragilità sociali di chi, per motivi economici, rinuncia alle cure; la salute mentale, con uno spettro sempre più inquietante sulla fascia infantile e adolescenziale.

Anche a volerle valutare solo sotto l'aspetto economico, si tratta, in tutti i casi, di situazioni che, se non gestite con una strategia nuova, sono ad altissimo assorbimento di risorse. E, anche se il DM 77 prevede strumenti nuovi di

integrazione, se il panorama degli strumenti di integrazione tra il sanitario e il sociale rimane lo stesso, il grande rischio è che i risultati continuino ad essere modesti, con la sanità costretta ad intervenire nelle situazioni di presa in carico sociale carente o inesistente, in un quadro di gravissime disuguaglianze nella distribuzione della spesa sociale tra i comuni, ancora una volta dettata dal PIL presente nei diversi territori.

Il momento per riflettere su quale SSN e quale *welfare* vogliamo è questo e le scelte non possono essere procrastinate né essere fatte con sguardo strabico, pensando che le grandi riforme richieste dall'Europa per l'erogazione del PNRR per la Missione 6 (sanità territoriale) e per la Missione 5 (disabilità, non autosufficienza e marginalità sociale) siano autonome tra loro. Il dibattito tra Ministeri, Regioni e mondo degli enti locali deve essere affrontato congiuntamente sui tre temi che condizioneranno il grado di civiltà del nostro Paese: la riforma dell'assistenza territoriale, la messa a terra della legge sugli anziani, i LEPS (Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali) secondo fabbisogni e costi standard, al fine di individuare una nuova *governance*, sulla base di nuove modalità di finanziamento.

Non ci possiamo più permettere di ipotizzare che l'integrazione tra il mondo sanitario e quello sociale si basi su volontaristici rapporti di vicinato o su leggi regionali, senza alcun raccordo alto e necessitato a livello nazionale e, soprattutto, senza una definizione chiara e precisa di quali LEPS questo Paese voglia garantire, a prescindere dalla spesa storica.

Il dibattito sui LEPS si è riaperto a seguito del dibattito sul regionalismo differenziato. La base dei LEPS e dei LEA riguarda il loro legame con i "diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, con la prioritaria

definizione dei fabbisogni e, quindi, dei costi standard.

Esiste una profonda asimmetria tra LEA e LEPS: il finanziamento del FSN è riferito ai LEA, che sono declinati con elenchi prestazionali (DPCM del 2017, in vigore dal 1 gennaio 2024) e vengono utilizzati per monitorare e regolare i sistemi sanitari regionali in base agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia; al contrario, il grosso degli attuali finanziamenti comunali sul sociale non è influenzato, se non indirettamente, da un avvio di definizione dei LEPS attualmente riferiti ai tre fondi nazionali dedicati (piano sociale, di contrasto alla povertà e della non autosufficienza), a cui si aggiunge una limitata e accessoria risorsa perequativa recata dagli obiettivi di servizio.

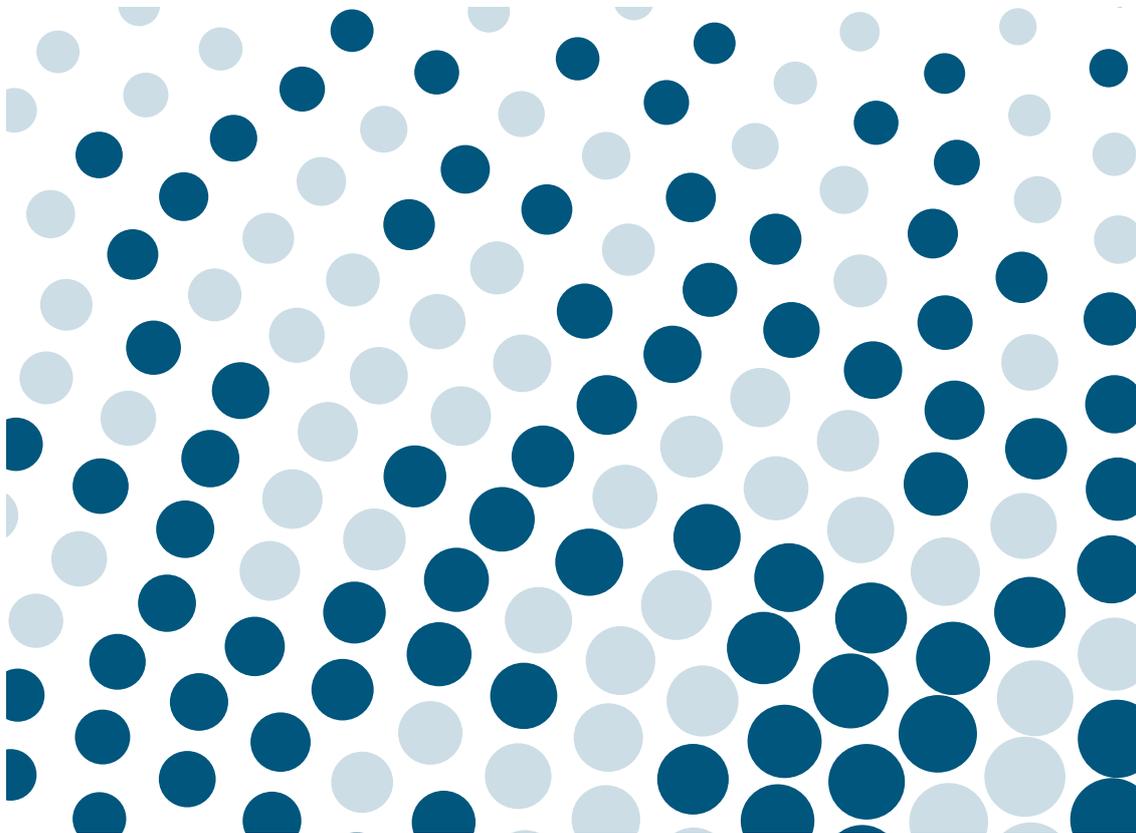
La Legge 234/2021, comma 159 recita «I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della Legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità».

Questa definizione ci porta direttamente alla costruzione di sistemi territoriali integrati. Per stare al livello di questi obiettivi occorre generare una visione diversa e più evoluta dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale sul piano culturale, direzionale, professionale e organizzativo, con una visione più integrata e consapevole con i sistemi di altre funzioni fondamentali e con altri Livelli Essenziali, come i LEA sanitari, anch'essi a garanzia di diritti soggettivi. Ed è su questo asse che Federsanità sta lavorando, anche attraverso

il confronto con il Comitato scientifico dell'Osservatorio sull'integrazione socio-sanitaria.

Capitolo 1

Il contesto di riferimento



1.1. Il 2020: l'anno della pandemia. Alcuni effetti nella società

Il 2020 è l'anno che tutti, ad ogni latitudine, ricorderanno per quello che ha significato in termini di morte, di sofferenze, di privazioni della libertà individuale, di incertezze e di scoperte.

Anche se nel comune sentire si cerca di esorcizzare quella parentesi di tempo parlandone sempre di meno, è tuttavia inevitabile avere come riferimenti temporali un *ante* Covid e un *post* Covid per ogni aspetto della vita quotidiana e non.

Già nella precedente edizione di questo volume¹ si era accennato alle situazioni critiche che si stavano vivendo, alle improvvise modifiche e soluzioni trovate, alle capacità emerse in un mondo che in poche ore veniva stravolto e rivoluzionato nelle prassi quotidiane più semplici. E questo sconvolgimento avveniva soprattutto

nelle attività dei comuni e in quelle delle strutture sanitarie che dovevano restare attive nonostante la fase di *lockdown*.

Certo è che l'interruzione dei servizi e delle attività ha comportato arretramenti e guasti per riparare i quali ci vorranno tempi, risorse e impegno ancora nei prossimi decenni.

Infatti, con il DPCM del 9 marzo 2020 ("lo resto a casa") venivano chiuse tutte le attività non essenziali. Questo Decreto restava in vigore fino al 16 maggio, quando le restrizioni venivano gradualmente revocate.

Pertanto, il *lockdown* e i successivi mesi hanno visto un rallentamento di molte attività diagnostiche e lo stop ai tre programmi di *screening* organizzati, prima per ridurre il contagio e, successivamente, anche per il timore di tornare con fiducia a frequentare le strutture sanitarie.

Solo per fare un esempio che riguarda l'interruzione delle cure di *routine* o di prevenzione e/o la paura di frequentare gli ospedali per non rischiare il contagio, va ricordato che gli oncologi hanno diagnosticato, nei mesi successivi alla fase più dura della pandemia e dell'annullamento

1. <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10736-sanita-e-territorio-i-servizi-socio-sanitari-dei-comuni-italiani>

di molte prestazioni, una quantità incredibile di pazienti con tumori ad uno stadio così avanzato come non se ne vedevano (grazie agli *screening* e alle cure avanzate) ormai da anni.

La conseguenza dello stop agli *screening* ha causato una forte riduzione delle diagnosi della maggior parte delle sedi tumorali.

«In particolare, durante il *lockdown*, sono diminuite le diagnosi dei tumori cutanei, del colon-retto, della prostata, della vescica e della mammella» (Tabella 1)².

Sempre nel Rapporto della FAVO si mette in evidenza che l'interruzione degli *screening* oncologici ha avuto conseguenze ancora più gravi sulle 3 sedi interessate: mammella, colon-retto e cervice uterina.

Tabella 1. Incidenza di nuove diagnosi di tumore (settimane 11-20) del 2020: confronto con stesse settimane del 2018-2019

Sede	2018-2019	2020	Variazione %
Pelle, non melanoma	1.668	508	-70%
Pelle, melanoma	181	92	-49%
Colon-retto	333	178	-47%
Prostata	429	236	-45%
Vescica	351	198	-44%
Mammella	620	383	-38%
Stomaco	106	73	-31%
Fegato	46	32	-30%
Polmone	175	127	-27%
LNH	202	153	-24%

Fonte: FAVO, 14° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2022

2. FAVO (2022), "14° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici", <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1652351383.pdf>

Un altro esempio di danno, dovuto all'isolamento necessario per ridurre i contagi, è legato agli effetti sulla salute mentale in generale e, in particolare, sulle successive diagnosi di un numero di adolescenti con problemi di droghe e di atti di autolesionismo di gran lunga superiore ai casi del passato.

Diversi studi documentano che le misure restrittive imposte per il controllo della pandemia Covid hanno avuto un impatto importante su giovani e giovanissimi portando a un aumento delle richieste di aiuto. Secondo i dati rilasciati dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG)³, infatti, nel biennio precedente al Covid, ossia il 2018-2019, gli accessi al pronto soccorso per ideazione suicidaria, tentativo di suicidio e autolesionismo erano stati 464, mentre nel biennio 2020-2021 sono diventati 752, aumentati di oltre il 60%. Se poi si considera solo il suicidio, ideato o tentato, l'incremento dei casi rispetto al biennio precedente supera il 75%. La pandemia Covid ha segnato di fatto uno spartiacque anche sul fronte dei ricoveri in Neuropsichiatria che sono cresciuti del 45%, passando da 338 nel 2019 a 492 nel 2021. L'OPBG rileva che, in particolare, le ospedalizzazioni per autolesionismo sono passate dal 30% a oltre il 60% del totale⁴.

1.2. Cambiamenti del momento e innovazioni durature

Il Covid è stata una delle crisi più pesanti degli ultimi anni a livello planetario. Per tutte le implicazioni orientate a limitare sì il contagio ma anche a continuare a curare tutti i pazienti, la stessa crisi ha portato con sé un carico di attenzione all'innovazione, alla necessità di trovare soluzioni a problemi nuovi e non

risolvibili con gli strumenti e le prassi a cui si era abituati e di cui si disponeva al momento dello scoppio della pandemia.

Solo per ricordare alcuni degli esempi di invenzioni e soluzioni adottate per supplire alla fase di emergenza:

- i caschi che scarseggiavano per gestire i pazienti in terapia intensiva sostituiti dalle maschere da sub modificate;
- le modalità adottate per gestire due pazienti con una macchina in terapia intensiva e la trasformazione di reparti di degenza in intensive;
- il passaggio repentino alla ricetta elettronica e al suo invio su email, whatsapp, ecc.;
- l'avvio delle visite *on line* e del teleconsulto per i pazienti cronici che avevano necessità di essere seguiti, ecc.

Cambiamenti e soluzioni dettati dall'emergenza ma che, in parte, erano già da tempo nell'aria e stentavano a diventare prassi ordinaria e diffusa.

A distanza di tre anni sarebbe opportuno domandarsi se si può dire che tutti quei cambiamenti siano diventati stabili, *routine* quotidiana, opzione riconosciuta e praticabile da tutti. Non sempre. Nel senso che il motto "ne usciremo migliori" non ha visto la sua piena attuazione.

Sulla ricetta elettronica, per esempio, per non tornare indietro alla più diffusa e abituale ricetta cartacea si è dovuti intervenire d'urgenza perché le Commissioni Affari Costituzionali e Bilancio del Senato approvassero l'emendamento al Decreto Milleproroghe che proroga fino al 31 dicembre 2024 l'invio della ricetta elettronica da parte dei medici di medicina generale.

Sulla telemedicina, invece, si è trovato

3. <https://www.ospedalebambinogesu.it/un-caso-al-giorno-negli-ultimi-due-anni-tra-tentativi-e-ideazioni-di-suicidio-tra-i-giovanissimi-143061/>

4. *ib.*

il modo di fissare degli standard e dei tariffari, iniziando un percorso per renderla una pratica sanitaria di *routine* e non più la costante sperimentazione diffusa a macchia di leopardo sul territorio a cui si era abituati.

Con il Decreto 29 aprile 2022 “Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della *Milestone* EU M6C1-4, di cui all’*Annex* alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l’approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell’Italia”⁵ sono state gettate le basi per operare a livello domiciliare in maniera uniforme sul territorio nazionale, fornendo un contesto di nomi e azioni comuni, degli standard, ai quali rifarsi, provando ad uscire dalla “creatività” delle singole strutture sanitarie.

«Le presenti linee guida organizzative, che si evidenzia non rientrano nella fattispecie di cui all’art. 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, si propongono di definire nel contesto descritto il modello organizzativo per l’implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel *setting* domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi attraverso *team* multiprofessionali secondo quanto previsto a legislazione vigente anche a distanza. Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare, a cui fanno riferimento le presenti linee, sono: a) il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell’assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente; b) la pianificazione degli accessi domiciliari, sviluppata nell’arco dell’intera settimana

secondo quanto previsto dalla predetta normativa tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti; c) il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto»⁶.

Un aspetto, quello dell’uso della telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, fondamentale per il supporto ai pazienti cronici in un Paese che invecchia. Un sistema che troverebbe nell’integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico e i servizi sociali dei comuni una modalità di presa in carico completa dei pazienti.

Nell’elenco dei cambiamenti del 2020 veloci e, per certi versi, inattesi, va inserita a pieno titolo la messa a punto del vaccino contro il Covid. Il lavoro coordinato di scienziati e laboratori a livello mondiale ha determinato una soluzione che in precedenti situazioni necessitava di anni di studio e sperimentazioni.

E in questa attività, tutta sanitaria, si sono inseriti i comuni con l’organizzazione degli spazi dove vaccinare l’intera popolazione in sicurezza, a partire dai pazienti fragili, avviando in alcuni casi – soprattutto nelle aree interne – delle modalità di collaborazione che si sono evolute nel tempo.

Infine, nei cambiamenti determinati dalla presenza del Covid, occorre sottolineare la necessità (improvvisa) di organizzare un territorio che gestisse a casa le situazioni meno gravi. Per questo motivo, con un Decreto del marzo 2020 (14/2020), furono create le Unità Speciali di Continuità Assistenziali-USCA. Tale modalità speciale-emergenziale ha contestualmente dimostrato la necessità di una sanità territoriale, di prossimità, domiciliare. Tant’è che, passata la fase emergenziale, si è ritenuto opportuno

5. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/05/24/120/sg/pdf>

6. *ib.*

e necessario inserirle nel SSN quali *micro-team* formati almeno da un medico e da un infermiere con il compito di seguire a casa i pazienti più complessi dimessi dagli ospedali o fare programmi di prevenzione (come le vaccinazioni) nelle scuole o nelle RSA.

Nel Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, ormai noto come DM 777, si definisce l’Unità di Continuità Assistenziale (UCA) come «un’*équipe* che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l’utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l’UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L’*équipe* UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell’ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale».

Questa, come altre innovazioni, ha avuto la sua massima sperimentazione/studio di fattibilità nel periodo Covid. E di quella esperienza ha fatto tesoro.

Ma le caratteristiche e le competenze individuate per i professionisti previsti dalle UCA (e per gli altri servizi e strutture del territorio) non sono automatiche. Infatti, poiché molto ruota attorno al muoversi sul territorio e alla possibilità di connettersi con gli altri servizi sanitari e sociali, è necessaria più che mai una formazione specifica, più d’iniziativa che d’attesa. Si tratta di

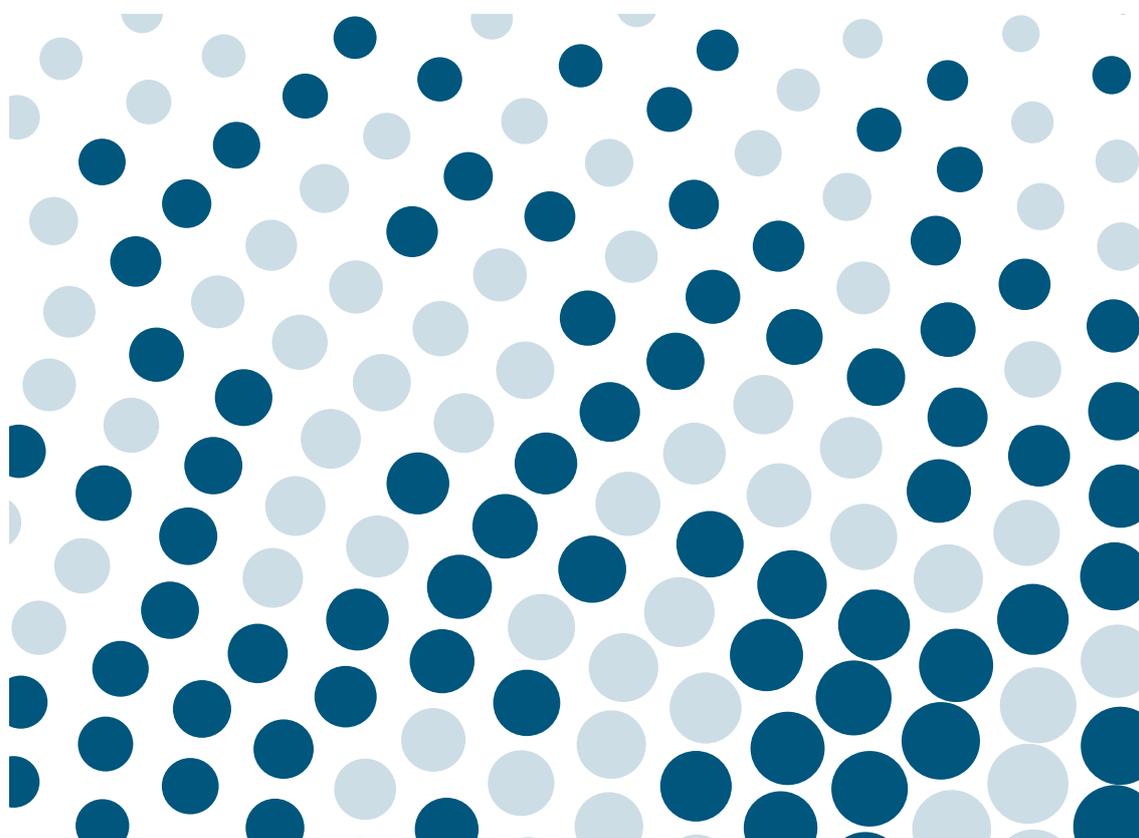
consolidare figure professionali nuove con competenze nuove.

A chiusura di questo Capitolo sul contesto e su cosa è rimasto di quel momento di cambiamenti repentini, si può affermare che l’innovazione portata dalla situazione emergenziale, come ogni mutamento, oltre alla diffusione della nuova pratica, deve prevedere un costante monitoraggio per assicurare il consolidamento e il raggiungimento di standard comuni da parte di tutti i soggetti coinvolti e promuovere processi di miglioramento della stessa pratica.

7. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/06/22/144/sg/pdf>

Capitolo 2

Le Missioni 5 e 6 del PNRR



2.1. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, pensati dall'Unione europea come risposta alla crisi pandemica, possono contribuire a migliorare le prospettive di crescita dell'Italia. Si tratta, di fatto, del piano di investimenti più massiccio degli ultimi decenni, con previsioni di impatto rilevanti sul sistema economico grazie agli oltre 220 miliardi di euro complessivi, di cui 191,5 miliardi di euro provenienti dal Dispositivo di Ripresa e Resilienza e 30,6 miliardi aggiunti attraverso il Piano Nazionale per gli investimenti Complementari.

Con riferimento alle risorse ricevute dall'Italia nell'ambito dell'iniziativa *Next Generation EU*, ossia i 191,5 miliardi di euro da impiegare nel periodo 2021-2026 attraverso l'attuazione del PNRR, 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto, mentre 122,6 miliardi prestati. Lo sforzo di rilancio dell'Italia si concentra su tre assi strategici, ossia digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica ed

inclusione sociale. Rispetto al terzo asse strategico è interessante notare come accanto alla priorità della parità di genere e alla protezione e valorizzazione dei giovani, vi sia il superamento dei divari territoriali, da intendere come interventi per il riequilibrio territoriale e lo sviluppo del Mezzogiorno. Tale obiettivo si sostanzia nella decisione da parte del Governo «di investire non meno del 40 per cento delle risorse territorializzabili del PNRR (pari a circa 82 miliardi) nelle otto regioni del Mezzogiorno, a fronte del 34 per cento previsto dalla legge per gli investimenti ordinari destinati su tutto il territorio nazionale»⁸, una scelta mirata alla ripresa del processo di convergenza con le aree più sviluppate del Paese. In aggiunta, il Governo attraverso il PNRR intende attuare 4 riforme di contesto, ossia quelle della pubblica amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione e promozione della concorrenza, un progetto ambizioso che può sciogliere nodi strutturali che bloccano lo sviluppo del Paese.

8. PNRR dell'Italia, aggiornamento 2022.

2.2. Missioni, investimenti e riforme

I progetti di investimento del PNRR sono suddivisi in 16 Componenti, raggruppate a loro volta in 6 Missioni:

1. digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, con una dotazione di 40,29 miliardi di euro, il 21% del totale;
2. rivoluzione verde e transizione ecologica, con una dotazione di 59,46 miliardi di euro, il 32% del totale;
3. infrastrutture per una mobilità sostenibile, con una dotazione di 25,40 miliardi di euro, il 13% del totale;
4. istruzione e ricerca, con una dotazione di 30,88 miliardi di euro, il 16% del totale;
5. inclusione e coesione, con una dotazione di 19,85 miliardi di euro, il 10% del totale;
6. salute, con una dotazione di 15,63 miliardi di euro, l'8% del totale.

In termini di avanzamento del Piano, elaborando i dati pubblicati su Italia Domani all'8 settembre 2023 (Tabella 1), si registrano in tutta Italia 120,3 miliardi di euro (al netto di cofinanziamenti) di assegnazioni PNRR, pari al 63% della dotazione complessiva del Piano (191,5 miliardi). Al momento, la Missione 5 dedicata all'inclusione sociale registra assegnazioni per 13 miliardi di euro, mentre la Missione 6 per la salute ha un finanziamento PNRR di oltre 12,2 miliardi.

Tabella 1. Progetti PNRR, per Missione, settembre 2023

Missione	N. progetti	Finanziamento PNRR (euro)	% progetti	% finanziamento PNRR
M1 Digitalizzazione	79.798	20.893.510.218	36,3%	17,4%
M2 Rivoluzione verde	53.306	28.704.092.980	24,2%	23,9%
M3 Mobilità sostenibile	208	24.683.288.612	0,1%	20,5%
M4 Istruzione e ricerca	65.796	20.783.893.543	29,9%	17,3%
M5 Inclusione e coesione	12.326	13.024.285.876	5,6%	10,8%
M6 Salute	8.404	12.262.322.278	3,8%	10,2%
Totale	219.838	120.351.393.507	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Italia Domani, 2023

Nella Tabella 2 si riportano gli interventi e le riforme previste per le Missioni 5 e 6 che, come anticipato, sono quelle che più direttamente interessano o sono connesse alle attività del socio-sanitario sul territorio.

Tabella 2. Ambiti di intervento/misure della Missione 5 e 6 del PNRR

Missione 5: Inclusione e coesione	
Missione 5, Componente 1, Politiche per il lavoro	
Ambiti di intervento/Misure	
1. Politiche attive del lavoro e sostegno all'occupazione	
Riforma 1.1 Politiche attive del lavoro e formazione	
Riforma 1.2 Piano nazionale per la lotta al lavoro sommerso	
Investimento 1.1 Potenziamento dei Centri per l'Impiego	
Investimento 1.2 Creazione di imprese femminili	
Investimento 1.3 Sistema di certificazione della parità di genere	
Investimento 1.4 Sistema duale	
2. Servizio civile universale	
Investimento 2.1 Servizio civile universale	
Missione 5, Componente 2, Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore	
Ambiti di intervento/Misure	
1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale	
Riforma 1.1 Legge quadro per le disabilità	
Riforma 1.2 Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti	
Investimento 1.1 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	
Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità	
Investimento 1.3 Housing temporaneo e stazioni di posta	
2. Rigenerazione urbana e housing sociale	
Investimento 2.1 Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale	
Investimento 2.2 Piani Urbani Integrati	
Investimento 2.3 Programma innovativo della qualità dell'abitare	
3. Sport e inclusione sociale	
Investimento 3.1 Sport e inclusione sociale	
Missione 5, Componente 3, Interventi speciali per la coesione territoriale	
Ambiti di intervento/Misure	
Riforma 1. Rafforzamento delle Zone Economiche Speciali (ZES)	
Investimento 1. Strategia nazionale per le aree interne	
Investimento 2. Valorizzazione dei beni confiscati alle mafie	

Segue »

Missione 5, Componente 3, Interventi speciali per la coesione territoriale
Ambiti di intervento/Misure
Investimento 3. Interventi socio-educativi strutturati per combattere la povertà educativa nel Mezzogiorno a sostegno del terzo settore
Investimento 4. Interventi per le Zone Economiche Speciali (ZES)
Missione 6: Salute
Missione 6: Componente 1, Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
Ambiti di intervento/Misure
Riforma 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
Investimento 1. Case della Comunità e presa in carico della persona
Investimento 2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina
Investimento 3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)
Missione 6: Componente 2, Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
Ambiti di intervento/Misure
Riforma 1. Riorganizzare la rete degli IRCCS
1. Aggiornamento tecnologico e digitale
Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
Investimento 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile
Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione
2: Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
Investimento 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
Investimento 2.2 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Fonte: PNRR, 2023

La presenza di due Missioni, gestite da due Ministeri diversi, torna come un *refrain* che da decenni si avverte come stonato ma che, per motivi di consuetudine, si compone e si suona allo stesso modo, con due “orchestre” parallele con direzione e accordi diversi.

Mutuando dal linguaggio politico degli anni '70, si può dire che da anni si vive in un sistema di convergenze parallele tra sociale e sanitario, in una tensione costante alla realizzazione di un sistema effettivamente sociosanitario (senza trattino), dove le azioni non siano solo integrate, successivamente,

ma pensate e organizzate tenendo conto dell'intero universo che ruota attorno al cittadino, in ogni sua fase della vita e in ogni luogo di questo Paese.

Per questo, gli interventi e le riforme della Missione 5 e della Missione 6 avrebbero dovuto, per molti aspetti, essere pensate e realizzate in modo integrato, poiché lo stato di salute delle persone è di fatto collegato al loro vissuto quotidiano. E questo è sempre più chiaro proprio dagli effetti/danni che quell'assenza di vissuto quotidiano ha comportato il Covid.

È pur vero che i tempi dettati dall'emergenza nella messa a punto del Piano non hanno consentito una condivisione totale di vedute e, quindi, in attesa di un "allineamento dei pianeti", che consentirà di dialogare in modo costante e coordinato tra le due "anime", si possono fare alcune riflessioni su quelle riforme che appaiono più di altre in connessione tra il mondo del sociale e quello del sanitario.

2.3. La Missione 5 per la coesione e l'inclusione: le riforme

Con riferimento alla Missione 5 si riporta di seguito un approfondimento rispetto alle seguenti riforme:

- M5, C2, Riforma 1.1 Legge quadro per le disabilità;
- M5, C2, Riforma 1.2 Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

Legge quadro per le disabilità

L'attuazione della Riforma "Legge quadro della disabilità", la cui titolarità politica è in capo al Ministro per le Disabilità, prevede la realizzazione di una riforma della normativa sulle disabilità, nell'ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità.

L'obiettivo consiste nel pieno raggiungimento dei principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 (ratificata dall'Italia nel 2009), secondo un approccio del tutto coerente con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e con la recente "Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030" presentata a marzo 2021 dalla Commissione europea.

Il primo obiettivo è stato raggiunto con l'entrata in vigore il 31 Dicembre 2021 della

Legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante "Delega al Governo in materia di disabilità", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 309 del 30 dicembre 2021.

Il successivo traguardo, da realizzare entro il 30 giugno 2024, prevede l'adozione da parte del Governo dei decreti legislativi che attuano le disposizioni previste dalla Legge delega per rafforzare l'autonomia delle persone con disabilità.

Gli ambiti di intervento dei decreti legislativi sono:

1. definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore;
2. accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base;
3. valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato;
4. informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione;
5. riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità;
6. istituzione di un Garante nazionale delle disabilità;
7. potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Per i lavori preparatori all'emanazione dei decreti legislativi, con Decreto del Ministro per le Disabilità del 24 gennaio 2022 è stata istituita una Commissione istituzionale di tipo consultivo, volta a sovrintendere al processo di predisposizione dei decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità. Inoltre, per

l'elaborazione degli schemi dei decreti legislativi, con DM del 9 febbraio 2022, il Ministro per le Disabilità ha altresì costituito una Commissione di studio redigente.

Le problematiche relative alle disabilità, come altre, hanno trovato durante la fase pandemica una forte acutizzazione e hanno fatto emergere con più forza carenze già presenti.

La gestione delle diverse disabilità si è riversata interamente e 24h sui *caregiver* familiari per un tempo che all'inizio della pandemia è parso illimitato. Ciò ha prodotto danni e rallentamenti sia sulle persone con disabilità che hanno dovuto interrompere qualsiasi forma di supporto e riabilitazione, sia per i familiari che si sono sobbarcati il carico della cura in maniera totalmente autonoma.

La messa a punto della Legge quadro sulle disabilità ripropone la questione dell'aggiornamento e dell'adattamento dei LEA, in particolare per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, la necessità di introdurre nuovi modelli e strumenti di garanzia delle prestazioni e dei percorsi, oltre alla "questione delle questioni" in tema sociale, ovvero la definizione ed emanazione dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali). Tutto ciò, peraltro, rappresenta non solo un elemento innovativo ma, in diverse regioni e comuni, un modo per dare completa attuazione a principi già espressi nella Legge 328/2000.

Con la riforma e i previsti decreti attuativi si auspica un sistema di *welfare* fondato sui diritti umani civili e sociali e sul perseguimento dell'obiettivo di garantire, ad ogni cittadino con disabilità ed ai loro familiari, la migliore qualità di vita possibile, l'eliminazione delle barriere alla partecipazione sociale e la promozione di

contesti inclusivi. In sostanza, l'attuazione stabile del Progetto di vita personalizzato, così come previsto dall'art. 14 della Legge 328/2000.

Più in generale ci si accinge a intervenire sulle «persone con disabilità, le quali, in ragione della propria condizione, necessitano di percorsi emancipativi funzionali alla riduzione del *disability divide*, e cioè del divario biologico, psicologico e sociale che deriva dalla mancata valorizzazione delle capacità e dal mancato soddisfacimento dei bisogni specificamente correlati alla disabilità. Detti percorsi, che presidiano la pari dignità sociale necessaria a garantire che ciascuno, indipendentemente dalle condizioni in cui versi, veda pienamente realizzata la propria esistenza, muovono dal divieto di introdurre disposizioni che discriminino le persone in ragione della disabilità ed esigono la rimozione degli ostacoli che, limitando in concreto libertà ed eguaglianza, precludono alle persone con disabilità le medesime opportunità di sviluppo delle persone senza disabilità»⁹.

Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti

Con riferimento alla riforma sul sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, si segnala, finalmente, la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 30 marzo 2023 della Legge n. 33 del 23 marzo 2023¹⁰ contenente "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", un provvedimento che riguarda:

- la materia dell'invecchiamento attivo,

9. <https://www.costituzionalismo.it/wp-content/uploads/Fasc3-2021-3.-Masci.pdf>

10. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2023-03-30&atto.codiceRedazionale=23G00041&elenco30giorni=false

della promozione dell'inclusione sociale e della prevenzione della fragilità;

- la materia dell'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti;
- le politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane, anche non autosufficienti.

Finalmente perché? Perché sono trascorsi 26 anni da quando se n'è cominciato a parlare¹¹ e il tema delle persone anziane ha assunto ormai dimensioni tali nel nostro Paese che il ritardo accumulato nel pensare e nell'organizzare politiche adeguate sembra quasi incolmabile.

E tutto ciò è avvenuto comunque mentre l'Istat da anni racconta un Paese con un numero sempre più elevato di persone anziane (nel 2065 dovrebbero raggiungere il 33% circa della popolazione totale), molte delle quali in solitudine, in condizione di non autosufficienza. Un Paese dove i giovani sono sempre meno e dove i figli anziani accudiscono genitori vecchi con una fatica e una solitudine che non tiene il confronto con il forte Enea che regge sulle spalle il vecchio padre Anchise mentre fugge da Troia.

Il testo di legge contiene i principi e i criteri che il Governo dovrà seguire nel configurare il futuro assetto dell'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti in tutta Italia con principi che garantiscano la promozione del valore umano, sociale, culturale ed economico di ogni stagione della vita.

Il primo ambito prevede l'adozione di un decreto attuativo relativo all'invecchiamento

11. Guida-Delega-Anziani-Maggio-2023-DEF.pdf (pattono-autosufficienza.it), <https://www.pattonoautosufficienza.it/wp-content/uploads/2023/05/Guida-Delega-Anziani-Maggio-2023-DEF.pdf>

attivo, all'inclusione sociale e alla prevenzione della fragilità. Articolo determinante in una prospettiva positiva di una maggiore aspettativa di vita e insieme critica di una maggiore presenza di persone poli-patologiche. Affrontare il tema dell'invecchiamento attivo, come si vedrà in seguito, in modo organizzato e non occasionale significa posticipare e ridurre il carico che le patologie croniche hanno sulla popolazione anziana.

Altro tema importante affrontato nel testo è quello delle misure destinate a contrastare l'isolamento e la marginalizzazione; al riordino, al potenziamento e all'integrazione delle diverse misure di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria o a promuovere interventi di sanità preventiva a domicilio, così come quelle legate allo sviluppo di interventi per la solidarietà e la coesione tra generazioni.

All'art. 4 si delinea una sorta di nuova *governance* dell'assistenza agli anziani, incentrata sul Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA), il cui scopo è quello di procedere alla programmazione integrata, alla valutazione e al monitoraggio degli interventi e dei servizi statali e territoriali. Uno strumento che dovrebbe consentire, se applicato uniformemente, il superamento dei divari territoriali in fatto di assistenza agli anziani (cfr. Capitolo 4 del presente Rapporto rispetto alle cifre destinate agli anziani nelle diverse regioni).

Il disegno del nuovo sistema riprende, per rafforzarli, una serie di elementi preesistenti - Punti Unici di Accesso (PUA), Progetti Individualizzati di Assistenza Integrata (PAI), Ambiti Territoriali Sociali (ATS) - ma questa volta in un'ottica più organica e sistematica che dovrà essere garantita anche da un sistema di monitoraggio delle diverse

tipologie di prestazione ricomprese nei LEPS da integrare sempre con i LEA sanitari (anche qui).

Infine, va sottolineata l'importanza delle misure a sostegno dei *caregiver* e quelle destinate a incentivare la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente.

Quanto disegnato sopra, per la complessità delle azioni previste, necessita di una visione condivisa tra i diversi attori interessati e ai diversi livelli di gestione al fine di evitare una visione strabica, mai convergente e centrata sul soggetto: la persona anziana.

2.4. La Missione 6 per la salute: le riforme

Nella Missione 6 le riforme previste riguardano:

- M6, C1, Riforma 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- M6, C2, Riforma 1. Riorganizzare la rete degli IRCCS.

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La riforma mette mano in maniera organizzata ai servizi esistenti, a quelli sperimentali e a quelli ipotizzati che in questi anni sono stati realizzati da una sanità territoriale diversa non solo tra regione e regione ma, a volte, anche tra ASL confinanti.

Per la prima volta dalla nascita del SSN, a sette anni dal Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (GU Serie Generale n. 127 del 04-

06-2015), si dà seguito a quello che da sempre rappresenta un obiettivo: standardizzare e misurare il territorio.

Con il Decreto Ministeriale n. 77/2022 si definiscono gli standard, gli indicatori, i servizi e i professionisti necessari, i rapporti servizio/popolazione, le mappe di rischio da adottare nei servizi distribuiti sul territorio.

Secondo Franco Pesaresi «si tratta di un atto molto importante ed atteso perché:

1. per la prima volta vengono forniti degli standard per l'assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell'assistenza territoriale di questi ultimi anni;
2. vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità;
3. con il Decreto viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR;
4. attorno all'attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell'assistenza territoriale»¹².

Il DM 77/2022, come accennato sopra, assegna grandi responsabilità e definisce le potenzialità dell'assistenza territoriale. Tuttavia, si intravedono anche nel testo approvato criticità insite o nascoste nella fase attuativa che viene affidata alle regioni, alle aziende sanitarie e, per qualche aspetto (PUA, Consultori, UVMD, ecc.), ai comuni.

Senza contare il peso che avrà la dimensione temporale perché le regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026, l'anno della conclusione degli interventi del

12. Franco Pesaresi, "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. La norma, gli approfondimenti, le valutazioni", <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2023/02/ebook-77def.pdf>

PNRR, e non sarà facile per nessuno garantire tempi di costruzione e di riorganizzazione così stringenti.

Franco Pesaresi sintetizza la portata di quella parte di sanità più “prossima” ai cittadini e rappresenta, almeno nella sua descrizione, la svolta anche concettuale nel considerare l'importanza dei servizi sul territorio, per troppo tempo subalterni a quelli ospedalieri, la cui drammatica importanza (e carenza in alcune regioni) ha determinato gli effetti più pesanti del Covid.

Per fornire il contesto in cui questa riforma si realizza e quali implicazioni comporta anche per i servizi dei comuni è previsto il Capitolo 3 *ad hoc*.

Riorganizzare la rete degli IRCCS

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza. Il Ministero della Salute vigila sugli IRCCS per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico attraverso una diretta ricaduta sull'assistenza del malato ma anche perché rappresentano un supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN nell'esercizio delle funzioni assistenziali, in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale.

La riforma prevede la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure. A tale scopo è stato adottato il Decreto legislativo sul riordino della disciplina degli

IRCCS¹³.

I punti chiave della riforma sono stati così sintetizzati:

1. potenziare il ruolo degli IRCCS quali “Istituti di ricerca e cura” di eccellenza, di rilevanza nazionale e internazionale;
2. rafforzare il sistema di valutazione in un'ottica di trasparenza e di maggiore coerenza rispetto al quadro internazionale della ricerca biomedica, nonché procedere alla revisione dei criteri per la procedura di riconoscimento, di revoca o conferma del carattere scientifico degli istituti;
3. rendere il riconoscimento di IRCCS più oggettivabile e che tenga conto delle necessità dei diversi territori, anche in relazione al bacino minimo di riferimento per ciascuna area tematica di ricerca;
4. garantire un equo accesso alle cure erogate dagli IRCCS a tutti i cittadini indipendentemente dal proprio luogo di residenza secondo principi di appropriatezza e ottimizzazione dell'offerta sanitaria;
5. garantire che il finanziamento complessivo della ricerca sanitaria nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) si mantenga adeguato ed effettivo, anche in caso di riconoscimento di nuovi IRCCS;
6. disciplinare la collaborazione tra le regioni attraverso forme di coordinamento interregionale della programmazione sanitaria per le sedi secondarie degli IRCCS;
7. disciplinare le modalità di svolgimento delle attività di ricerca delle Reti e la loro partecipazione a progetti di ricerca internazionali;
8. incrementare la qualità della ricerca

13. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-12-30&atto.codiceRedazionale=22G00208&elenco30giorni=false

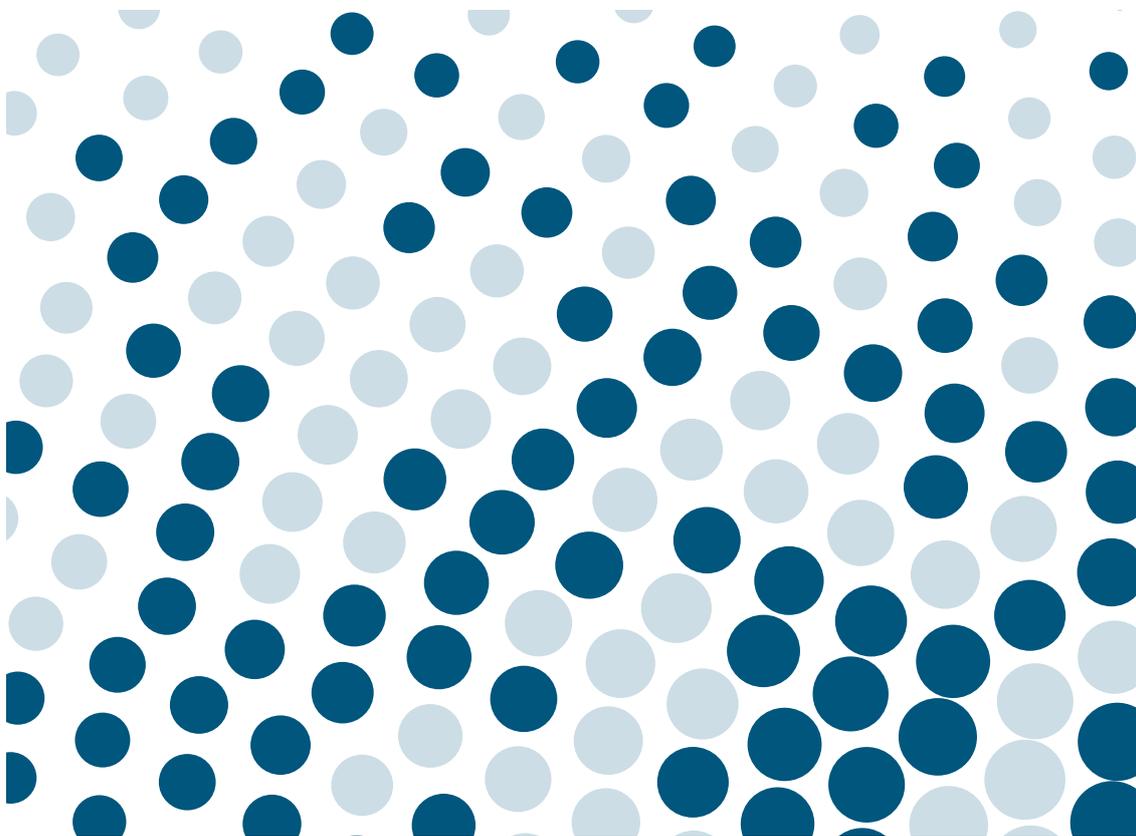
- sanitaria nazionale in un'ottica traslazionale rafforzando il raccordo tra direzione generale e direzione scientifica dell'IRCCS;
9. revisionare l'attuale disciplina sul personale di ricerca del SSN per valorizzarne potenzialità e percorso professionale;
 10. facilitare l'attività di trasferimento tecnologico dall'idea progettuale all'eventuale brevetto e alla fase di produzione e commercializzazione.

Perché si è resa necessaria una riforma in questo settore così particolare del Servizio Sanitario Nazionale?

Perché gli IRCCS rappresentano, insieme ai Policlinici Universitari, il luogo privilegiato della ricerca sanitaria, ma negli anni hanno subito una sorta di allontanamento dal SSN riducendo molto il legame con il resto delle strutture sanitarie per quanto attiene alla ricerca e alla formazione del personale. Non a caso i punti chiave individuati per la riforma sono incentrati sul tema del *network* nazionale e internazionale, sulla misurazione e diffusione delle innovazioni acquisite, sullo scambio di queste con le altre strutture del SSN per una messa a fattor comune delle attività di ricerca e un coinvolgimento in tali attività anche degli operatori sanitari che lavorano nelle altre strutture sanitarie, siano esse ospedaliere che territoriali.

Capitolo 3

**Il DM 77: le regole per la sanità
di prossimità**



3.1. Genesi, sviluppo e implicazioni della prossimità

Dopo la pandemia è apparso evidente come il Covid abbia colpito più duramente proprio dove il territorio era inconsistente o in quelle regioni dove i Dipartimenti di prevenzione erano stati praticamente smantellati affidando tutto il sistema di gestione dei servizi sul territorio a soggetti privati e convenzionati.

È questo annullare/ridimensionare i Dipartimenti di prevenzione che ha pesato perché la salute è un sistema che è fatto sì di cura delle patologie, di eccellenze nella chirurgia, ma è anche un gioco di anticipo sulla malattia. Un anticipo che, senza una visione di lunga durata sulla società, appare spesso come una spesa rinviabile o un *optional* legato alle buone intenzioni. La prevenzione, nelle sue diverse sfaccettature, al contrario, è un investimento obbligatorio sul futuro ed è strettamente connesso ad un uso attento delle risorse di cui si dispone. Per decenni – se volessimo datare, dalla dichiarazione di Alma Ata sull’assistenza

sanitaria primaria che venne adottata alla Conferenza internazionale sull’assistenza sanitaria primaria tenutasi il 6-12 settembre 1978 nell’ex Unione Sovietica – si è parlato di territorio, di cure primarie, di servizi di base, di consultori, ecc., insomma di tutto quell’insieme di servizi che servono a mantenere uno stato di salute o, almeno, a gestire una patologia cronica il più a lungo possibile limitandone le complicanze e gli accessi ospedalieri.

Per anni, però, tutto questo veniva, nei fatti, contraddetto da una visione ospedale-centrica. Solo per fare un esempio ancora molto diffuso: un paziente dimesso da un reparto ospedaliero per una situazione acuta torna spesso al medesimo reparto per i successivi controlli. In questo modo, lo stesso servizio di medicina sul territorio viene glissato e, di fatto, sminuito nella sua attività di cura, con invece il reparto ospedaliero operato di un servizio di cui non dovrebbe occuparsi se non, in una futuribile ipotesi, nel monitoraggio dei casi attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico.

La visione ospedale-centrica più datata era anche rappresentata da una moltitudine di piccoli ospedali (uno per comune, come i campanili). Ospedali che negli anni, però, vengono lasciati in attività spesso solo per campanilismo più che per necessità (perché, al bisogno, per sicurezza ci si va a curare all'ospedale di eccellenza più vicino).

E poiché in sanità la quantità fa qualità, i piccoli ospedali diventano luoghi dove paradossalmente curarsi è rischioso. L'esempio più noto è quello degli ospedali dove non possono essere garantiti 500 parti l'anno e che, per questo motivo, non garantiscono esperienza davanti a situazioni particolari che potrebbero generarsi durante un parto problematico.

A questa bulimia ospedaliera si risponde, dopo anni, con il Decreto del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il Decreto n. 70/2015 completa il percorso di codifica delle attività dell'ospedale. A partire dalla codifica delle prestazioni con i DRG (*Diagnosis Related Groups*) fino ad arrivare al DM 70, l'ospedale è, ormai, un oggetto noto: sappiamo come funziona, quanto costa, cosa deve contenere per essere gestibile, sostenibile e sicuro. Così, con un'operazione che non è stata indolore, si è intervenuti secondo il sistema "*hub and spoke*" per cui molti piccoli ospedali sono stati chiusi, altri riconvertiti e alcuni si sono specializzati su specifiche patologie.

Chiuso il percorso del DM 70, ci si è resi conto che doveva seguire un "DM 71" che organizzasse e desse visibilità ai servizi sul territorio. Le criticità emerse con il Covid, anche a causa della chiusura degli ospedali alle attività di *routine* con l'incapacità del territorio ad intervenire in modo organizzato, hanno accelerato il processo.

Come abbiamo visto nel Capitolo precedente, la Missione 6 del PNRR si articola in due Componenti:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario.

La Componente 1, con evidenti correlazioni alla Componente 2, è l'oggetto di questo Capitolo. Per memoria, si ricorda di seguito la riforma e gli investimenti previsti in tale Componente:

- Riforma 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- Investimento 1. Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Investimento 2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
- Investimento 3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

A questo punto, però, sarebbe anche lecito chiedersi il perché di un capitolo sulla sanità di prossimità, in un testo che guarda alle spese sociali dei comuni.

Sommariamente si potrebbe rispondere che:

- come si vedrà nel Capitolo 4, sulle spese sociali dei comuni, il legame con le risorse destinate a certe spese diverse di carattere sociale deve trovare una complementarità con quelle di carattere sanitario, pena l'incompletezza e, in parte, lo spreco dei servizi offerti da entrambi;
- se si punta ad una interrelazione tra Missione 5 e Missione 6, tanto da prevedere la coincidenza tra Distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, è forse il caso di guardare in modo coordinato alle stesse perché "la mano destra sappia

cosa fa la sinistra” e insieme sappiano gestire i complessi (no complicati) bisogni dei cittadini italiani;

- infine, poiché le connessioni tra sociale e sanitario in tema di prossimità sono costanti e continue, è anacronistico e anti-economico, in un Paese demograficamente connotato come l'Italia, continuare a tenere separati due aspetti così importanti della vita di una larga parte dei cittadini.

3.2. Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT

Le strutture previste dal PNRR hanno una caratteristica: alcune sono connotate dall'essere “di comunità”, ossia Case di Comunità, Ospedali di Comunità. Perché questo termine?

Certamente molto ha pesato l'esperienza vissuta durante l'emergenza Covid e, in particolare, sotto il *lockdown*. Le iniziative messe in campo da sindaci, associazioni di volontariato, singoli, per dare sostegno a molti cittadini in difficoltà hanno fatto emergere e/o rafforzato il senso di comunità. Quella sensazione di comunità che oggi, come prima del Covid, è tornata ad essere solo un termine nella maggior parte dei casi privo di sostanza¹⁴. E non è “colpa” di nessuno se in Città come Milano, Roma, ecc. il senso di comunità è nullo persino nello stesso condominio.

Fatta questa considerazione un po' amara, resta il fatto che le Case e gli Ospedali di Comunità hanno l'obiettivo di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini sul loro territorio.

«La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari.

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'*équipe* multiprofessionale territoriale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'*équipe* tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza. La CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei

14. “Case della Salute e Case della Comunità. Uguali o diverse?”, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112792

- bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
 - è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali (bozza di decreto, 2022)¹⁵.

La descrizione sopra di Franco Pesaresi sottolinea tutte le caratteristiche che il territorio da sempre reclama per essere definito e riconosciuto e disegna, in qualche modo, la mappa dei temi attorno ai quali costruire, non solo nelle mura, ma l'anima delle Case di Comunità.

Proprio in considerazione delle osservazioni sopra, la realizzazione di questi luoghi necessita di un coinvolgimento e una formazione diversa sia da parte degli operatori sia da parte dei cittadini.

Può essere utile citare a tale proposito, nel caso degli operatori, il lavoro di monitoraggio sullo stato di attuazione del DM 77 attivato da AGENAS e pubblicato lo scorso giugno 2023¹⁶. Mentre, sul fronte dei cittadini è interessante il lavoro che stanno conducendo la Fondazione *OpenPolis* e *Cittadinanzattiva*¹⁷.

15. "Le Case della Comunità. Come saranno", di Franco Pesaresi (Direttore ASP "Ambito 9" Jesi, Ancona, e Network Non Autosufficienza), <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/03/le-case-della-comunita-come-saranno/>

16. Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022, https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf

17. *OpenPolis-Cittadinanzattiva*, "Il PNRR e la sanità territoriale. La nuova rete di sanità territoriale finanziata dal piano nazionale di ripresa e resilienza, tra case e ospedali di comunità", https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2023/05/Pnrr_sanita_territoriale_mappe_regionali_.pdf

Alcune tabelle e numeri contenuti all'interno dei due documenti citati danno certamente il senso che qualcosa sia iniziato, che si stanno ponendo le basi per una nuova visione della sanità territoriale ma, anche, pongono dubbi che riguardano il tempo e lo spazio all'interno del quale questa innovazione si sta realizzando.

L'art. 2 del DM 77/2022 riguarda il Monitoraggio e prevede al comma 1 che «Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal presente Regolamento è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)». Dopo la prima fase, conclusasi nel dicembre 2022, l'AGENAS procede quindi sul semestre gennaio-giugno 2023, indagando sul recepimento degli adempimenti normativi e giuridici, sulla programmazione regionale e sulle attuazioni organizzative.

Si riportano, nelle tabelle successive, le risultanze della seconda fase del Monitoraggio inerente all'attivazione funzionale delle strutture (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità) sia previste nel Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) nell'ambito del PNRR, sia quelle extra POR, aventi cioè altre fonti di finanziamento diverse dal PNRR.

Case della Comunità

Sono 187 le Case della Comunità dichiarate dalle regioni/PA funzionalmente attive.

A meno di un incremento esponenziale nei prossimi tre anni, le 187 Case di Comunità attivate a giugno 2023, rispetto alle 1.430+116 da attivare nel complesso, impongono uno sforzo non indifferente che non riguarda solo l'aspetto materiale delle Case (le mura) ma, cosa più complessa, l'avvio delle attività con

Tabella 1. Case della Comunità previste (da attivare entro il 2026 quale target PNRR) e Case della Comunità dichiarate funzionalmente già attive

Regione	CdC da CIS/POR da attivare entro il 2026	CdC extra CIS/POR da attivare entro il 2026	CdC con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	40	-	-
Basilicata	19	-	-
Calabria	61	4	-
Campania	172	19	-
Emilia-Romagna	85	7	43
Friuli-Venezia Giulia	23	4	-
Lazio	135	20	-
Liguria	32	-	-
Lombardia	199	14	92
Marche	29	-	-
Molise	13	-	6
Piemonte	82	9	38
Prov. Aut. Bolzano	10	-	-
Prov. Aut. Trento	10	-	-
Puglia	121	-	-
Sardegna	50	30	-
Sicilia	156	-	-
Toscana	77	-	6
Umbria	17	5	2
Valle d'Aosta	4	-	-
Veneto	95	4	-
Italia	1.430	116	187

Fonte: AGENAS, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

i servizi e i professionisti previsti dal Decreto per il loro funzionamento.

Delle 187 Case della Comunità dichiarate funzionalmente attive, nella Tabella 2 si illustra il dettaglio aggregato dei giorni e degli orari di apertura delle stesse, mentre nella Tabella 3 si descrivono i servizi previsti.

Il tema della prossimità all'interno del DM 77

è in forte ed evidente relazione non solo con la possibilità di avere cure vicine e presenti ma anche nell'ottica di sollevare i pronto soccorsi degli ospedali da prestazioni sempre erogabili in sicurezza sul territorio evitando ricoveri impropri e favorendo dimissioni protette in luoghi più idonei e prossimi al domicilio. Pertanto, l'orario di apertura delle strutture è determinante (come indicato

anche negli standard della struttura stessa). La stessa criticità è rappresentata dagli orari garantiti dai medici di medicina generale nelle Case attivate. Tematica, questa della scarsità di medici di medicina generale, che sta assumendo caratteristiche di emergenza ovunque e, soprattutto, nelle aree interne del Paese.

Tabella 2. Giorni e orari di funzionamento delle Case della Comunità dichiarate funzionalmente attive

Orari/Giorni di funzionamento	7gg/7	6gg/7	Meno di 6gg/7	Totale
H24	33	2	-	35
H12	19	26	23	68
Meno di H12	7	13	64	84
Totale	59	41	87	187

Fonte: AGENAS, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

Tabella 3. Numero di Case della Comunità attive con presenza di figure professionali e orario settimanale coperto

Numero di CdC con presenza MMG	Numero di CdC con presenza PLS	Numero di CdC con orario settimanale globale coperto dall'attività dei MMG/PLS presenti			Numero di CdC con presenza équipe multiprofessionale minima	Numero di CdC con presenza ambulatorio infermieristico per la gestione della cronicità	Numero di CdC con presenza PUA
		Meno di 30 ore settimanali	Tra 30 e 49 ore settimanali	Tra 50 e 60 ore settimanali			
102	53	49	32	26	137	155	155

Note: MMG=Medico di Medicina Generale; PLS=Pediatra di Libera scelta; PUA=Punto Unico di Accesso.

Fonte: AGENAS, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

I servizi previsti nelle Case della Comunità	
Livello di obbligatorietà	Servizi offerti
Obbligatoriosi per CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali; – Punto Unico di Accesso; – Servizio di assistenza domiciliare; – Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza; – Servizi infermieristici; – Sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale; – Integrazione con i servizi sociali; – Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione; – Collegamento con la casa della Comunità hub di riferimento; – Presenza medica per la CdC hub: H24, 7/7 gg; – Presenza medica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg; – Presenza infermieristica per la CdC hub: H12, 7/7 gg (fortemente raccomandato H24, 7/7 gg); – Presenza infermieristica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg.
Obbligatoriosi solo per CdC hub	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi diagnostici di base; – Continuità assistenziale; – Punto prelievi.
Facoltativi nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Attività consultoriali e attività rivolta ai minori; – Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18); – Programmi di screening.
Raccomandati nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"> – Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; – Medicina dello sport.

Fonte: elaborazione OpenPolis-Cittadinanzattiva su DM 77/2022 e dossier Camera

Ospedali di Comunità

I posti letto attivi nei 76 Ospedali di Comunità funzionanti risultano pari a 1.378.

Come per le Case di Comunità, ancora di più per gli Ospedali, il tema della prossimità è legato sia alla possibilità di avere cure vicine con una presenza H24 ma anche, e soprattutto in questo caso, nell'ottica di sollevare i pronto soccorsi degli ospedali di eccellenza da prestazioni e ricoveri impropri. Va inoltre detto che negli anni passati ci sono state esperienze di Ospedali di Comunità in quelle regioni che hanno puntato di più sulle cure intermedie e che, quindi, non si tratta di partire senza punti di riferimento o esperienze che possano fungere da modello. In ogni caso, pur con una accelerazione dei lavori, è ipotizzabile che nel 2026 non si arrivi all'obiettivo prefissato a meno di ipotizzare un approccio di *partnership* pubblico privato che tenga insieme le necessità di rispondere alle *milestone* del PNRR mantenendo salda la coerenza e il *network* delle cure sul territorio.

Tabella 4. Ospedali di Comunità previsti (da attivare entro il 2026 quale target PNRR) e Ospedali di Comunità dichiarati attivi

Regione	OdC da CIS/POR da attivare entro il 2026	OdC extra CIS/POR da attivare entro il 2026	OdC con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	11	-	2
Basilicata	5	-	-
Calabria	20	3	-
Campania	48	9	1
Emilia-Romagna	27	-	5
Friuli-Venezia Giulia	7	2	-
Lazio	36	7	1
Liguria	11	-	1
Lombardia	66	3	17
Marche	9	10	-
Molise	2	-	2
Piemonte	27	3	-
Prov. Aut. Bolzano	3	-	-
Prov. Aut. Trento	3	-	-
Puglia	38	-	6
Sardegna	13	20	-
Sicilia	43	-	-
Toscana	24	-	-
Umbria	5	12	3
Valle d'Aosta	1	1	-
Veneto	35	36	38
Italia	434	106	76

Fonte: AGENAS, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

Centrali Operative Territoriali

La creazione delle COT è forse la parte più innovativa e centrale delle strutture immaginate per il territorio nel DM 77. Si tratta, in qualche modo, di una forma più evoluta di quelli che erano, all'inizio della loro creazione, i primi Punti Unici di Accesso. Anche in questo caso, gli input arrivano dalle altre strutture, dal territorio, dai domicili, dal vicinato e vengono smistati per l'intervento, sociale e/o sanitario, più adeguato. Va da sé che anche per la Centrale Operativa Territoriale, forse anche più che per le altre strutture, è preoccupante che oltre la metà di quelle fino ad ora realizzate prevedano un'apertura sotto i sei giorni. Infatti, se le COT possono essere definite come il cervello, la centrale di acquisizione e smistamento delle necessità che interessano i cittadini, da una parte, e l'organizzazione delle strutture sul territorio, dall'altra, il fatto che l'apertura della COT non sia 7/7 giorni rappresenta una criticità. Se uno degli obiettivi è de-ospedalizzare, allora anche le strutture sul territorio dovranno avere, come gli ospedali, la stessa visibilità e la stessa possibilità di accesso. Più che mai quelle strutture che fungono da centrale operativa delle diverse necessità dei cittadini¹⁸. E, in questo caso, il fattore umano-professionista diventa determinante perché non servirà solo una competenza di carattere tecnico ma saranno necessarie competenze di relazione che consentano di interagire tra soggetti istituzionali e non con linguaggi diversi dall'ente di appartenenza.

Delle 77 Centrali Operative Territoriali dichiarate attive, 16 sono funzionanti 7 giorni su 7, altrettante 16 per 6 giorni su 7 ed infine 45 per meno di 6 giorni su 7.

18. Camera dei Deputati, XIX Legislatura. Documentazione e ricerche. "I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR", <https://documenti.camera.it/Leg19/Dossier/Pdf/AS0001.Pdf>

Tabella 5. Centrali Operative Territoriali previste (da attivare entro il 2024 quale target PNRR) e Centrali Operative Territoriali dichiarate attive

Regione	COT da CIS/POR da attivare entro il 2024	COT extra CIS/POR da attivare entro il 2024	COT con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	13	-	-
Basilicata	6	-	-
Calabria	21	2	-
Campania	65	18	-
Emilia-Romagna	45	-	5
Friuli-Venezia Giulia	12	-	-
Lazio	59	3	15
Liguria	16	-	-
Lombardia	101	3	36
Marche	15	-	-
Molise	3	-	-
Piemonte	43	-	7
Prov. Aut. Bolzano	5	-	4
Prov. Aut. Trento	5	-	-
Puglia	40	-	-
Sardegna	16	8	-
Sicilia	50	-	-
Toscana	37	-	-
Umbria	9	-	1
Valle d'Aosta	1	-	-
Veneto	49	9	9
Italia	611	43	77

Fonte: AGENAS, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

Come spiegato più avanti, considerata la portata del PNRR, e delle due Missioni 5 e 6 in particolare, oltre al monitoraggio istituzionale di AGENAS, il controllo delle attività del PNRR impegna diversi soggetti attivi. Sul fronte dei cittadini è interessante il lavoro condotto attraverso il Rapporto “Il PNRR e la sanità territoriale. La nuova rete di sanità territoriale finanziata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, tra Case e Ospedali di Comunità”, a cura della Fondazione *OpenPolis* e di Cittadinanzattiva¹⁹. La spinta al monitoraggio e valutazione degli interventi PNRR è condensata nei punti presenti nel Rapporto:

- 34,9% i residenti con almeno 65 anni nel 2050, a fronte del 23,5% attuale;
- 7 miliardi di euro destinati dal PNRR per l’assistenza sanitaria territoriale;
- 1.430 le Case della Comunità che si prevede di costituire con i fondi PNRR;
- oltre 400 gli Ospedali di Comunità da istituire entro il 2026;
- il rischio è che questi investimenti abbiano un’attuazione disomogenea sul territorio nazionale. Perciò è essenziale il monitoraggio.

Nello studio *OpenPolis-Cittadinanzattiva* si tiene conto della popolazione che sta sempre più velocemente virando verso l’età anziana e oltre, si fa cenno all’importante investimento programmato e alle numerose strutture previste ma, soprattutto, si paventa il rischio che quello che verrà attuato non sarà omogeneo in tutte le regioni rendendo questa grande occasione di standardizzazione delle cure sul territorio un flop.

Per chi è più *agée*, sembra quasi di intravedere

19. *OpenPolis-Cittadinanzattiva*, “Il PNRR e la sanità territoriale. La nuova rete di sanità territoriale finanziata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, tra Case e Ospedali di Comunità”, https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2023/05/Pnrr_sanita_territoriale_mappe_regionali_.pdf

i fantasmi di un’epoca paragonabile a quella in cui si diede il via alla costruzione di decine di ospedali, in giro per molti comuni italiani, mai terminati e/o mai aperti.

Inoltre, tra le criticità sottolineate c’è quella legata all’approvazione dello stesso DM 77 «...è cruciale che il modello organizzativo stabilito dal DM 77/2022 trovi un’applicazione omogenea sull’intero territorio nazionale. Questa è la vera sfida da qui al giugno 2026, scadenza europea per l’istituzione di Case e Ospedali di Comunità. Già oggi sono diversi i motivi che lasciano intravedere forti difficoltà nell’effettiva possibilità di ridurre i divari nell’accesso alle cure. Basta osservare il percorso di approvazione del DM 77/2022, approvato senza intesa in Conferenza Stato-Regioni. Un accordo venuto meno proprio per il dissenso della maggiore regione del Mezzogiorno, la Campania, preoccupata per la carenza di risorse necessarie al funzionamento a regime dei nuovi standard di assistenza territoriale».

A supporto di questa diffidenza si cita l’analisi condotta dalla Corte dei Conti²⁰ e quella dell’Ufficio Parlamentare di Bilancio²¹ che muovono rilievi sul finanziamento a regime del nuovo sistema.

«Diverse sono le criticità da affrontare per realizzare gli interventi pianificati.

In primo luogo, nel confronto tra i livelli di governo sui passaggi per l’attuazione del PNRR sono spesso emerse preoccupazioni sulla difficoltà di rispettare i tempi programmati.

20. *Delibera n. 9/2023/CCC. Collegio del controllo concomitante 16/03/2023. Progetti: Case della Comunità e presa in carico della persona - PNRR M6C1-1.1; Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) - PNRR M6C1-1.3*, <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=-99481dc5-5875-4197-b576-7b19fe6f052c>

21. *Focus tematico n. 4/3 agosto 2022, “Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti”*, <https://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-4-3-agosto-2022/>

Ciò, da un lato, ha sospinto lo sforzo di definire rigorosamente tempistiche e processi per contrastare inerzie e ritardi e, dall'altro, ha contribuito a rendere complesso e un po' tortuoso il processo di condivisione degli accordi intergovernativi posti alla base delle diverse azioni.

In secondo luogo, un altro aspetto delicato è la ricerca dell'equilibrio tra standard nazionali vincolanti su tutto il territorio e autonomia regionale. Nel caso della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, ad esempio, i problemi si sono palesati con il mancato accordo in Conferenza Stato-Regioni e nella difficoltà di bilanciare l'esigenza di circoscrivere chiaramente gli obblighi delle Regioni con il rischio di depotenziare il Regolamento sui modelli e standard per l'assistenza territoriale. Ne è conseguito che a una parte di tale Regolamento non è stato attribuito valore prescrittivo. (...) Tra le questioni aperte resta il ruolo della medicina di base, che deve essere reso coerente con il disegno complessivo dei servizi, attraverso la regolazione della partecipazione dei medici di medicina generale nelle nuove strutture.

In terzo luogo, vi è l'incertezza sul quadro delle risorse correnti disponibili per gestire i servizi sanitari potenziati grazie agli investimenti programmati, soprattutto una volta che i finanziamenti assicurati dal PNRR saranno esauriti e le nuove strutture saranno operative. Le stime degli oneri appaiono spesso elaborate principalmente sulla base delle risorse disponibili e una parte dei costi sarebbe coperta nell'ambito del finanziamento del SSN, grazie ai risparmi di spesa consentiti dalla riorganizzazione del sistema e dall'innovazione tecnologica e digitale (...). L'incremento del finanziamento del SSN per i prossimi anni assicurato dalla Legge di Bilancio per il 2022, poi, sarà destinato in parte alle azioni di potenziamento del sistema (a cominciare dall'importo di 1,015 miliardi a regime destinato all'assistenza territoriale), ma dovranno essere affrontati anche altri

oneri connessi con i rinnovi dei contratti del personale e con l'applicazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)²².

Leggendo le diverse posizioni sulla necessità e l'urgenza di realizzare quanto previsto dal PNRR e, in particolare, dal DM 77, sembra che si stia seguendo l'iter di un immenso Gioco dell'Oca dove appoggiarsi sulla casella sbagliata (lentezze nelle risorse, nella progettazione, nella normativa, nella formazione dei professionisti) può significare uno stop se non addirittura un ritorno indietro nel percorso. Un ritardo che ha impatto non solo sulle scadenze del 2026 dettate dal PNRR ma soprattutto sulla vita dei cittadini a causa dei ritardi accumulati tra nuove necessità della società italiana e servizi offerti.

3.3. Telemedicina

Sulla telemedicina si è detto e si è scritto molto. Da decenni. Infatti, già negli anni '90 del secolo scorso erano possibili attività (trasmissione di referti tra ospedali, monitoraggio e telesoccorso, collegamenti con le isole minori, ecc.) che, certamente migliorate, sono le stesse oggi.

Eppure, la telemedicina non decolla come strumento usuale di contatto e cura del paziente e i motivi sono diversi.

In una indagine del 2013, ancora attuale per molti versi, sulle problematiche aperte nella diffusione della telemedicina su larga scala²³ ne venivano individuate diverse per

22. Focus tematico n. 4/3 agosto 2022, "Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti", <https://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-4-3-agosto-2022/>

23. "Telemedicina: Analisi della letteratura internazionale", Gennaio 2013, Angelo Rossi Mori, Gregorio Mercurio, Mariangela Contenti, Consiglio Nazionale delle Ricerche – IRPPS, https://www.researchgate.net/publication/313843551_Telemedicina_Analisi_della_letteratura_internazionale

le quali, malgrado il potenziale offerto dalla telemedicina, i suoi vantaggi e la maturità tecnica delle applicazioni, il ricorso a tali servizi era e resta ancora limitato e relegato a diverse e ormai datate sperimentazioni. Quelle che seguono erano le questioni segnalate più importanti:

1. mancanza di modelli di rimborso e di finanziamento sostenibili. Molti programmi pilota al termine di un periodo di sperimentazione di successo si sono arrestati a causa della mancanza di modelli di rimborso per i servizi erogati;
2. mancanza di efficienti modelli di *business*. I fornitori di servizi di telemedicina non hanno ancora individuato modelli di *business* di successo che permettano loro di mantenere attivi e sostenere finanziariamente i programmi avviati dopo la prima fase sperimentale. Ciò è in parte dovuto anche all'attuale infrastrutturazione dei sistemi sanitari esistenti;
3. responsabilità giuridica incerta. La mancanza di una chiarezza giuridica in materia di telemedicina è un ostacolo alla sua diffusione sistematica. Si tratta di una sfida importante in particolare per quanto riguarda la definizione puntuale di responsabilità e competenze, così come delle regole per la concessione di licenze, l'accreditamento e la registrazione di servizi di telemedicina e professionisti. La prestazione di servizi di telemedicina in ambito interaziendale richiede inoltre maggior chiarezza giuridica anche in materia di *privacy*;
4. insufficiente consapevolezza e fiducia. Molti pazienti come molti professionisti sanitari non sono ancora convinti dei benefici della telemedicina. Per garantire un elevato livello di accettazione da parte delle categorie interessate, le modalità di erogazione ed i contenuti devono essere sviluppati nel rispetto di linee

guida mediche ed in collaborazione con medici esperti. Anche l'uso intuitivo della soluzione telemedicina ("*usability*") sia per il personale medico che per il paziente è un requisito fondamentale;

5. necessità di integrare servizi di telemedicina nella pratica assistenziale. Una delle sfide principali della telemedicina moderna è la mancanza di un'efficace integrazione dei flussi di lavoro nelle strutture di assistenza sanitaria esistenti;
6. necessità di soluzioni integrate. L'industria del settore deve continuare a sviluppare soluzioni di telemedicina *end-to-end* in collaborazione con la comunità medica, al fine di poter meglio rispondere a tutte le esigenze di un servizio completo di assistenza domiciliare;
7. mancanza di standard ICT condivisi per la telemedicina. Per almeno un decennio in Europa, le applicazioni di telemedicina e le infrastrutture di supporto sono state sviluppate grazie ad iniziative isolate. Ciò ha generato uno sviluppo del settore frammentato con profondi problemi in termini di interoperabilità. Risolvere l'interoperabilità non è più un problema tecnico, la sfida che rimane è più una questione politica e comportamentale.

Per dare forma a qualcosa che esiste da decenni ma stenta a diventare *routine*, strumento di cura quotidiano, il PNRR ha previsto all'interno della misura 1.2: "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", della Missione 6, il sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" che ha portato alla definizione del Decreto 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio"²⁴.

24. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/11/02/256/sg/pdf>

Pertanto, se si può affermare che con questo Decreto si definisce l'aspetto regolativo della telemedicina nel nostro Paese, per contro occorre lavorare molto per cambiare l'approccio dei medici e dei cittadini alle cure erogate con l'uso della telemedicina, in modo che diventi una vera alternativa alle cure erogate negli ospedali di riferimento. Infatti, se è innegabile la necessità di un rapporto diretto e fiduciario con il proprio medico, sono egualmente innegabili anche le situazioni che il nostro Paese vive riguardo all'aumento dei pazienti cronici e alla ridotta platea di medici e in particolare di medici di medicina generale (anche se qualcuno sostiene che le risorse umane ci sono ma manchi l'organizzazione).

Nel contesto della prossimità che pervade molta parte della Componente 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto 29 aprile 2022, riguardo le Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare". Il documento definisce il modello organizzativo per realizzare i servizi di telemedicina e si inserisce nel contesto degli interventi volti al potenziamento dell'assistenza territoriale prevedendo l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel *setting* domiciliare. Vengono descritti processi di presa in carico, la definizione degli aspetti operativi con l'erogazione di servizi con *team* multiprofessionali e l'uso della telemedicina.

Le linee guida del modello si fondano su parti costituenti quali:

- il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell'assistenza;
- la pianificazione degli accessi domiciliari, sviluppata nell'arco dell'intera settimana tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;

- il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto.

Infine, ma non meno importante, va sottolineato che la diffusione della telemedicina è strettamente connessa alla possibilità che effettivamente la casa possa essere il primo luogo di cura e, soprattutto, che l'impiego della telemedicina possa essere un valido strumento per le cure nelle aree interne e montane.

Una delle situazioni più preoccupanti del Servizio Sanitario Nazionale è la carenza di medici di medicina generale, situazione che nelle zone più isolate e nei piccoli comuni diventa drammatica perché molti di questi territori, perlopiù abitati da persone anziane, rischiano nei prossimi anni di non avere assistenza sanitaria se non spostandosi di decine di chilometri per raggiungere la struttura sanitaria più vicina. In queste situazioni un medico in uno studio, o una *équipe* medica itinerante, supportati dalla telemedicina e dalla disponibilità di strumenti di diagnosi e, ovviamente da incentivi economici e/o di carriera, potrebbero essere ulteriormente incentivati a lavorare in aree più periferiche²⁵.

3.4. Esperimenti nelle aree interne

Affrontare la questione delle aree interne anche sotto il profilo sanitario non è cosa residuale. Il tema della sanità entra a pieno titolo poiché vengono definite "aree interne" quelle caratterizzate da una significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi, in particolare quelli relativi all'istruzione, alla mobilità e ai servizi socio-sanitari.

Per trovare correttivi al processo di spopolamento che caratterizza le aree interne

25. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professionioni/articolo.php?articolo_id=117204

è stata attivata la Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), una politica territoriale orientata al miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini e delle opportunità economiche nei territori interni e a forte rischio marginalizzazione. La SNAI è stata avviata con il Programma Nazionale di Riforma (PNR) dell'anno 2014 e definita nell'Accordo di Partenariato 2014-2020. La stessa Strategia è stata confermata anche nel ciclo 2021-2027 con alcune modifiche riguardo all'allargamento dei comuni coinvolti.

3.4.1. Le aree interne 2021-2027

Le aree progetto del ciclo di programmazione 2021-2027 includono:

- le 56 nuove aree 2021-2027, che complessivamente coinvolgono 764 comuni (dato al 2020), e in cui risiede una popolazione pari a 2 milioni di individui;
- le 37 aree identificate nel 2014-2020 che sono state confermate senza alcuna variazione del perimetro iniziale e che riguardano 549 comuni in cui risiede una popolazione pari a oltre 977mila abitanti;
- le 30 aree identificate nel 2014-2020 che presentano un nuovo perimetro rispetto alla configurazione originaria a seguito dell'annessione e/o esclusione di comuni. In questo caso si tratta di 556 comuni in cui risiede una popolazione pari a 1,3 milioni di abitanti;
- il "progetto speciale Isole Minori" che coinvolge i 35 comuni sui quali insistono le Isole, con una popolazione totale di 213mila abitanti.

Complessivamente si tratta quindi di 124 aree di progetto, che coinvolgono 1.904 comuni, in cui vivono 4,57 milioni di abitanti²⁶.

Sono territori fragili, distanti dai principali centri di offerta di servizi essenziali e, troppo spesso, abbandonati a loro stessi che, però,

coprono complessivamente il 60% dell'intera superficie del territorio nazionale.

Si tratta spesso di comuni che in epoche passate erano punto di snodo per il commercio, luoghi del sapere, dell'arte, luoghi di produzione agricola fiorente con terreni coltivati diffusi e che sono stati interessati da costanti e inesorabili processi di spopolamento.

Le cause dello spopolamento sono le più diverse: dal tema dell'occupazione a fine '800 e della maggiore attrattività dell'ambiente urbano come luogo di maggiori occasioni di miglioramento della propria condizione (tema diffuso in tutto il pianeta) a quello più recente di buona parte degli Appennini del Centro Italia, colpiti da diversi sismi di forte intensità (dal 2009 al 2016)²⁷.

Nell'ambito dei programmi nazionali, sono numerose le iniziative che tentano processi di rigenerazione di questi territori provando a rafforzare un'alleanza tra tali aree e quelle urbane in forza di uno scambio di beni comuni.

La parentesi della pandemia da Covid-19 ha riportato al centro questa parte del Paese per la questione del distanziamento e del contagio e per una rinnovata tensione ad una migliore qualità della vita. Fattori che hanno indotto diverse persone a "tornare" o a scegliere queste località per lavorare in *smart working*. Una ipotesi lavorativa, questa, sulla quale si è discusso in funzione del ripopolamento di alcune aree e di una minore pressione su centri urbani ad alta densità abitativa.

26. <https://politichecoesione.governo.it/it/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-territoriali/strategia-nazionale-aree-interne-snai/le-aree-interne-2021-2027/>

27. "L'effetto del sisma del Centro Italia sullo spopolamento dei territori colpiti", di Davide Dottori, *Questioni di Economia e Finanza (Occasional Papers)*, Banca d'Italia, Numero 755, Aprile 2023, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/qef/2023-0755/index.html>

Per provare ad invertire il fenomeno dello spopolamento occorre gestire una serie di problematiche connesse tra loro che, abbandonate, portano ad una lenta e costante desertificazione sociale. Per questo motivo i fondi per sostenere i progetti nelle aree interne prevedono un approccio integrato e di rete al fine di evitare una polverizzazione delle risorse e il fallimento della singola iniziativa promossa. E anche per questo motivo alcuni approcci, come quelli legati al recupero dei borghi, per il passaggio fugace di turisti della domenica, rischiano di essere esperienze effimere se non rafforzano i bisogni quotidiani delle comunità delle aree interne.

È necessario immaginare e costruire un'alleanza tra interno e città, un'alleanza che restituisca attrattività a queste aree per giovani e anziani. Attrazione che, però, è comunque legata ai trasporti, all'istruzione e alla sanità.

L'alleanza tra centri urbani e interni è ancora più strategica quando si affrontano le questioni legate all'erogazione dei servizi sanitari. E questo soprattutto in considerazione della situazione demografica di tali aree.

«L'invecchiamento della popolazione è un ulteriore fattore di criticità per le aree interne in quanto crea ulteriori ostacoli all'abbattimento dei divari tra i territori. Per misurare tale fenomeno è stato utilizzato l'indice di vecchiaia, calcolato come rapporto fra la popolazione residente con almeno 65 anni e quella nella fascia di età 0-14 anni.

In base ai risultati di questo rapporto e alle proporzioni esistenti tra tali fasce di età, la struttura di una popolazione può essere definita di tipo progressiva, cioè con popolazione giovane maggiore di quella anziana, stazionaria (proporzione equivalente delle fasce di popolazione) o regressiva, con

popolazione anziana più elevata rispetto a quella giovane. Dalle diverse risultanze ne derivano impatti differenti sul sistema sociale o su quello lavorativo e sanitario, solo per fare alcuni esempi, nonché prospettive diverse di sviluppo delle aree.

L'Italia ha ormai stabilmente una struttura della popolazione di tipo regressivo, con una netta prevalenza di popolazione anziana rispetto a quella giovane: nel 2020 l'indice di vecchiaia dell'Italia è pari a 182,6 ed è nettamente più elevato nelle aree interne rispetto ai centri (196,1 contro 178,8). Nelle classi dei comuni periferici e ultraperiferici la popolazione anziana residente è più del doppio di quella giovane (206,8 e 223,4, rispettivamente) mentre il valore più contenuto si osserva nei comuni di cintura (166,5)»²⁸.

28. Istat (2022), "La geografia delle aree interne nel 2020: vasti territori tra potenzialità e debolezze", <https://www.istat.it/it/files//2022/07/FOCUS-AREE-INTERNE-2021.pdf>

Tabella 6. Indicatori demografici secondo la classificazione delle aree interne, 2020

Classificazioni dei comuni	Popolazione al Censimento 2020			
	Indice di vecchiaia	Incidenza della popolazione 15-29 anni	Incidenza della popolazione 65 anni e più	Incidenza della popolazione 80 anni e più
A - Polo	194,1	14,8	24,3	8,2
B - Polo intercomunale	178,8	15,4	23,4	7,3
C - Cintura	166,5	15,1	22,4	6,9
D - Intermedio	188,1	15,0	23,9	7,7
E - Periferico	206,8	15,1	25,0	8,2
F - Ultraperiferico	223,4	14,9	25,7	8,8
Totale Italia	182,6	15,0	23,5	7,6
Centri=A+B+C	178,8	14,9	23,3	7,5
Aree Interne=D+E+F	196,1	15,0	24,4	7,9

*Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione residente con almeno 65 anni e quella nella fascia di età 0-14 anni.
Fonte: Istat, 2022*

Nel processo di attenzione alle aree interne si inserisce anche il PNRR. Nel Piano il tema dei servizi sanitari territoriali è trattato nella Missione 6 “Salute” e, per quanto riguarda le aree interne, nella Missione 5 “Inclusione e coesione” si affronta come interventi speciali per la coesione territoriale.

Nella Missione 6, il punto centrale riguarda la Componente 1 dedicata alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, che, come si è visto sopra, attraverso la riforma descritta nel DM 77, si propone di potenziare i servizi di prossimità anche attraverso la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale.

L’altro investimento, molto importante per le aree interne considerato il loro aspetto orografico, è quello dedicato al rafforzamento dell’assistenza domiciliare e della telemedicina, per fare della casa il primo luogo di cura.

Nella Missione 5 l’investimento è finalizzato al potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità nelle aree interne, nonché al consolidamento delle farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3.000 abitanti al fine di renderle in grado di gestire servizi sanitari territoriali, dando attuazione anche a quanto previsto dalla “farmacia dei servizi”²⁹.

È interessante notare che molti degli interventi previsti dal PNRR sono, in diverse parti del Paese, già stati anticipati da quelli avviati con la SNAI. Infatti, all’interno degli Accordi di Programma Quadro-APQ, stipulati tra aree interne e SNAI, è previsto che ci siano iniziative socio-sanitarie integrate e di prossimità. Pertanto, le esperienze delle

29. *Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell’ambito dell’autocontrollo ai sensi dell’articolo 1, comma 2, lettera e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell’articolo 1, comma 2, lettera d) del Decreto Legislativo n. 153 del 2009, <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?aggiornamenti=&attoCompleto=-si&id=37427>*

aree interne andrebbero considerate come un prezioso bagaglio di buone pratiche da mettere a sistema per trarne spunti – istituzionali, tecnici e amministrativi – utili alla standardizzazione di modelli organizzativi capaci di dare robustezza e definizione a quella medicina territoriale diventata urgente, come si è visto sopra, per le caratteristiche demografiche e orografiche dell'Italia.

3.4.2. Alcune esperienze già avviate (per necessità)

ASL 3 LIGURIA. MODELLO VALTREBBIA

Nel contesto dell'area interna dell'Alta Valtrebbia, l'ASL 3 ha attivato un nuovo modello sperimentale di assistenza socio-sanitaria integrata che si avvale sia di un *team* multidisciplinare, sia di un'organizzazione di servizi e prestazioni dedicate.

La finalità ultima è quella di sopperire alle carenze di assistenza primaria in Alta Valle che, nel periodo post-pandemico, si sono acuite a tal punto da determinare un profondo disagio per centinaia di persone.

Dal novembre 2022, in collaborazione con i sindaci della Valle e con le realtà locali, muovendosi nella direzione tracciata dal PNRR e dal DM 77, è nata una rete che si avvale di un *team* multidisciplinare costituito da diverse figure sanitarie. Focalizzando l'intervento, tenendo in debito conto l'età media della popolazione e dei bisogni espressi dalla stessa, medici specialisti ambulatoriali, della Continuità Assistenziale, funzionari distrettuali e medici della vicina

RSA³⁰ collaborano con l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), le Farmacie territoriali, le Pubbliche Assistenze e i comuni, tutti sotto la regia del Distretto socio-sanitario.

Il raggio di azione del nuovo modello assistenziale è rappresentato dai 7 comuni dell'Alta Valtrebbia: Rovegno, Propata, Rondanina, Gorreto, Montebruno, Fascia e Fontanigorda. In relazione alle variabili demografiche della popolazione e alla distribuzione dei pazienti privi di medico di medicina generale, si è scelto di attivare un ambulatorio multidisciplinare nei 4 comuni maggiormente coinvolti (Fontanigorda, Gorreto, Montebruno e Rovegno) dove l'assistenza sanitaria viene erogata sia in regime ambulatoriale, sia domiciliare.

Gli utenti possono rivolgersi in accesso diretto agli ambulatori dedicati nei giorni e negli orari di apertura, senza necessità di appuntamento o richiesta oppure, in alternativa, contattare il numero unico dedicato. Il numero unico rappresenta un'ulteriore "porta di accesso" alla rete per coloro che sono impossibilitati a recarsi fisicamente all'ambulatorio. Attraverso questo servizio i cittadini possono richiedere visite mediche, prescrizioni o certificazioni. Il servizio è gestito a livello distrettuale e consente di allocare le giuste risorse laddove è necessario in funzione delle segnalazioni dell'utenza.

Gli ambulatori sono organizzati in modo che la figura medica e infermieristica siano co-presenti in sedi distinte sulla rete con la finalità di estendere il più possibile la capacità di intercettare i bisogni del cittadino. L'utilizzo di un'unica cartella informatizzata condivisa tra tutti i professionisti della rete è un elemento facilitante la presa in carico e la gestione multidisciplinare.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità

30. DGR 290/2019, "Linee di indirizzo per la sperimentazione del modello di Residenza Aperta", <https://www.regione.liguria.it/homepage-giunta/giunta-regionale/comunicati-stampa-della-giunta-regionale/item/21690-sant%C3%A0o-approvato-il-modello-di-residenza-aperta-per-servizi-di-cura-e-assistenza-a-domicilio-in-liguria,-al-via-sperimentazione-nelle-valli-dell%E2%80%99antola-e-tigullio.html>

(IFeC) svolge un'importante funzione rappresentando uno snodo cruciale della rete, sia per la sua capacità di intercettare precocemente e proattivamente i bisogni socio-sanitari del cittadino lavorando sulla prevenzione e promozione della salute, sia per la sua importantissima funzione di filtro sul bisogno manifestato dal cittadino e successivo accesso alla valutazione medica.

Grazie all'interazione costante tra i vari attori della rete e all'importante ruolo di coordinamento e raccordo svolto dall'IFeC, in grado di attivare collaborazioni con i servizi sanitari e sociali del territorio, l'attività del gruppo di lavoro sta diventando sempre più proattiva alla ricerca dei bisogni dell'anziano fragile.

Dalla collaborazione con specialisti ambulatoriali ospedalieri e territoriali, stanno nascendo percorsi dedicati alle patologie a più elevata prevalenza come il diabete mellito e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). L'obiettivo è rendere più facile e fruibile l'accesso ai servizi e alle prestazioni specialistiche nelle aree territorialmente più impervie, evitando il ricorso all'ospedale per la risoluzione di problematiche a bassa complessità sanitaria e intervenendo sempre in un'ottica di prevenzione e promozione della salute.

La rete di assistenza sanitaria in Alta Valtrebbia si avvale altresì di un sistema di trasporti socio-sanitari dedicati ai cittadini anziani fragili, soli o privi di un'adeguata rete parentale che li sostenga, e che si trovano in situazione di particolare necessità e non sono in grado di servirsi dei normali mezzi pubblici per accedere ai servizi di cui necessitano.

Un altro tassello importante è rappresentato

31. DGR 290/2019, "Linee di indirizzo per la sperimentazione del modello di Residenza Aperta".

dall'implementazione di soluzioni di telemedicina³¹ che consente, all'interno della stessa rete, collegamenti medico-paziente diretti o mediati dall'IFeC sia in regime ambulatoriale sia in *setting* domiciliare. La telemedicina³² è altresì cruciale perché consente di poter accedere a risorse specifiche di tipo specialistico (elettrocardiogramma, spirometria, ecc.) senza obbligare il paziente a percorrere centinaia di chilometri per vedere preso in carico il proprio problema.

A supporto e a completamento del servizio vengono inoltre organizzati periodici incontri informativi con la popolazione sulla prevenzione tramite i migliori specialisti del settore.

PROXIMITY CARE NELLE AREE INTERNE DELLA TOSCANA

*Proximity Care*³³ è un progetto pluriennale che si propone di attivare un "laboratorio sperimentale territoriale" nel quale realizzare soluzioni innovative dal punto di vista tecnologico, organizzativo, istituzionale, in un percorso che vuole mettere al centro del sistema socio-sanitario le persone e le loro comunità. Il progetto interessa i comuni della Garfagnana, della Media Valle del Serchio, dell'Alta Versilia e l'Azienda Usl Toscana Nord Ovest. I soggetti promotori sono la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e la Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca, mentre i partner scientifici sono la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, il centro di ricerca Maria Eletta Martini, l'ISPRO-Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica.

Il progetto prende spunto dal fatto che la prossimità al cittadino è la chiave di lettura per "stare bene" nel proprio territorio, ricevendo

32. Linee Guida Organizzative Contendenti il Modello Digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4).

33. <https://www.proximitycare.it/progetti-proximity-care/>

risposte adeguate ai bisogni di salute. Per questo si punta al coinvolgimento diretto della popolazione, delle istituzioni locali e delle organizzazioni sociali, perché ogni persona diventi protagonista responsabile del proprio percorso di salute. La prossimità è, quindi, un elemento qualificante del progetto e contestualmente una condizione necessaria per realizzare un cambiamento di prospettiva nell'approccio ai temi della salute e del benessere, che assicuri anche alle popolazioni delle aree interne percorsi di cura di alto livello.

“Vicini per la salute” significa integrare la dimensione assistenziale della cura con l'innovazione tecnologica, la prevenzione e la promozione, con un impegno e un coinvolgimento diretto di chi vive e opera a titolo professionale o volontario nel territorio interessato, in collegamento con centri di cura e di ricerca di eccellenza e con l'intento di trovare soluzioni concrete per il territorio e contemporaneamente dar vita ad un modello replicabile e funzionale.

Proximity Care si compone di diverse linee di attività:

- *Proxy young*, prevenzione proattiva. Questa linea di attività si rivolge ai giovani adolescenti del territorio (14-18 anni), coinvolti in un processo di *empowerment* e di realizzazione partecipata di una campagna di azioni preventive e promozionali sugli stili di vita, a forte valenza educativa, in collaborazione con scuole, servizi socio-sanitari, associazioni. Gli interventi previsti sono volti a valorizzare i processi di comunicazione e scambio tra ragazzi appositamente formati (*peer promoter*) e i loro coetanei, al fine di diffondere corretti stili di vita nel territorio con il coinvolgimento del personale scolastico, in collaborazione con il consultorio.
- *Proxy screening*, prevenzione oncologica. Questa linea di intervento ha l'obiettivo di facilitare la partecipazione agli *screening* oncologici da parte della popolazione, così da rafforzare la prevenzione e la diagnosi precoce di queste patologie e ridurre l'incidenza nel territorio. È attiva una campagna di *screening* itinerante, tramite un'unità mobile specificamente attrezzata (camper), con professionisti sanitari della Azienda Usl Toscana Nord Ovest. Vengono effettuate in un'unica sessione tutte le tipologie di *screening* (mammografia, pap-test o HPV-test, consegna provetta feci) e, in via sperimentale, si introduce anche la possibilità di sottoporre a dermatoscopia per le lesioni cutanee (ad esempio nevi).
- *Diabetes peer education*, formazione per pazienti diabetici esperti. L'azione si svolge in stretta collaborazione con i medici di medicina generale del territorio e coinvolge persone affette da diabete di tipo II. A queste viene proposto un percorso di formazione per divenire pazienti esperti, in grado di accompagnare altre persone con diabete in un percorso di monitoraggio e acquisizione di competenze per la gestione quotidiana della propria patologia. Parallelamente si introducono in via sperimentale strumenti e modalità di monitoraggio domiciliare dei pazienti, attraverso sensori e piattaforme che permettono la condivisione dei valori in tempo reale tra pazienti e medici curanti.
- *Tele-emergency*, sistemi di tele emergenza a supporto del trasporto di emergenza-urgenza. L'azione prevede la sperimentazione di un sistema indossabile interattivo per fornire assistenza medica remota agli operatori del servizio di emergenza 118 (infermieri, volontari) durante gli interventi di primo soccorso. Il sistema è costituito da un caschetto con una *webcam* che trasmette la soggettiva del soccorritore e un audio bidirezionale. Il sistema permette al

medico da remoto di visualizzare il paziente come se fosse in presenza, di interagire con esso e gli operatori, di chiedere eventualmente verifiche, test utili alla rilevazione di particolari patologie, il consulto di medici specialisti che possono a loro volta visualizzare il paziente. Il tele-monitoraggio medico può svolgersi anche in luoghi non raggiungibili dalle ambulanze (luoghi impervi, edifici, ecc.), dove gli operatori possono arrivare a piedi: caratteristica importante nel caso della Garfagnana che è contraddistinta da zone montuose e boschive.

- *Chronic care*, telemedicina per la presa in carico e il monitoraggio dei pazienti cronici. Questa linea di azione è fondamentale per la messa a sistema della rete sanitaria “diffusa”, per la cura dei pazienti cronici. La disponibilità di informazioni aggiornate e accessibili da parte del personale sanitario impegnato nei percorsi assistenziali è condizione necessaria per qualificare la cura delle cronicità. A tal fine, in questa linea di azione viene sviluppata una cartella clinica territoriale informatizzata, integrata con quella ambulatoriale e ospedaliera, in grado di raccogliere tutti i dati sanitari e renderli disponibili al personale sanitario e ai medici di medicina generale. I pazienti sono coinvolti nella sperimentazione di sensori avanzati per la trasmissione di informazioni e *app* di interfaccia medico-paziente. Nell’ambito del progetto sono sviluppate e sperimentate anche tecnologie di indagine ecografica a distanza mediante sistemi robotici.
- *Health professionals innovative training*, Centro per la formazione degli operatori sanitari. Il personale sanitario ha necessità di essere costantemente “allenato” allo svolgimento delle procedure cliniche: in un’area interna la scarsa numerosità della casistica non permette di avere una pratica sufficiente di tali procedure. *Proximity Care* vuole ovviare a questa situazione creando un centro di formazione dedicato agli operatori sanitari, dotato di simulatori fisici ad alta fedeltà, per il *training* del personale sanitario professionale e volontario. Nell’ambito di questi centri sono utilizzati simulatori fisici, integrati da nuove funzionalità specifiche, individuate sulla base delle esigenze del territorio.
- *Taking care of caregiver*, esoscheletri a sostegno dei *caregiver* di persone non autosufficienti. L’assistenza a persone non autosufficienti è un compito gravoso da vari punti di vista, anche fisico. Gli operatori professionali e i *caregiver* che assistono a domicilio si trovano spesso in ambienti in cui non sono utilizzabili i presidi ordinari di supporto all’assistenza (deambulatori, sollevatori, letti e poltrone assistite), con conseguente rischio di incorrere in infortuni o disturbi collegati alla movimentazione delle persone. Questa linea di attività va a sperimentare, prima con i professionisti e poi con i familiari, una struttura di supporto – esoscheletro lombare – per mitigare il rischio ergonomico di chi è impegnato quotidianamente in attività di movimentazione dei pazienti.
- *Mapping disability*, mappatura delle disabilità e dei servizi dedicati. La mappatura ha l’obiettivo di far emergere condizioni ed esigenze delle persone con disabilità presenti nelle aree interne della Provincia di Lucca, anche attraverso una loro specifica localizzazione. Contestualmente si intendono esplorare i servizi e gli interventi offerti alla popolazione con disabilità e individuare eventuali spazi per azioni ulteriori, finalizzate a favorire una maggiore inclusione sociale e una maggiore autonomia delle persone con disabilità che vivono nel territorio interessato.
- *Population Experience Observatory*,

osservatorio per il monitoraggio dell'esperienza e degli esiti della popolazione. Vivere in un territorio e fruire dei suoi servizi significa costruire un bagaglio di esperienza e conoscenza. Un bagaglio che riguarda la qualità della vita, il benessere, la salute, la qualità dei servizi e la loro efficacia. Tutto questo ha un grandissimo valore per chi governa quel territorio, organizzando politiche e interventi. Si tratta di comuni, azienda sanitaria, ma anche associazioni e organizzazioni. *Proximity Care* ha l'ambizione di attivare risorse e strumenti innovativi, attraverso le diverse linee di azione, e contestualmente di raccogliere e valorizzare l'esperienza che la popolazione fa del proprio territorio e dei propri servizi. A questo scopo, viene istituito un Osservatorio dedicato alla raccolta del punto di vista e delle esperienze delle persone.

- *Prog-Care*, rete per la programmazione socio-sanitaria nelle aree interne. Questa azione è finalizzata alla costituzione di un coordinamento tra gli attori istituzionali e del terzo settore operanti sul territorio, quale luogo di confronto dove si possono co-programmare obiettivi, risorse e progetti, in tutti gli ambiti oggetto delle azioni di *Proximity Care*. L'azione ha lo scopo di introdurre una metodologia di lavoro che possa supportare i comuni e gli enti del terzo settore anche per la realizzazione di future azioni strategiche.

ASL RIETI. APQ-SNAI PER RISPONDERE AD EMERGENZE

La popolazione reatina risulta più vecchia della popolazione presente nella Regione Lazio con un indice di *over65* pari a più del 26%. Il 16% degli assistiti dai medici di medicina generale è considerato fragile e la popolazione dell'ASL è principalmente a basso reddito e fortemente caratterizzata da

fenomeni di mobilità verso la Capitale.

La Provincia di Rieti ha un'alta percentuale di comuni montani che, insieme alla conformazione territoriale, contribuisce a rendere molto bassa la densità abitativa e difficoltosa l'erogazione dei servizi, specialmente ai cittadini dei comuni più interni, numerosi e difficilmente raggiungibili. È pertanto evidente la necessità da tempo di un'assistenza sanitaria di prossimità sempre più sviluppata.

A questi fattori si sono aggiunti i problemi derivanti dal sisma del 24 agosto 2016, che ha interessato quattro regioni del territorio appenninico (Umbria, Marche, Abruzzo e Lazio) e 17 comuni che hanno subito danni strutturali gravi dove risiedono poco meno di 25.000 abitanti, di cui il 28,3% ha almeno 65 anni di età. Il territorio interessato dal sisma nei comuni del Lazio è prevalentemente montuoso (87,2%) con oltre il 70% della superficie oltre i 900 metri sul livello del mare e i comuni più colpiti dal sisma del 2016, nella Provincia di Rieti, sono stati Accumoli, Amatrice e Cittareale.

Pertanto, alle difficoltà strutturali di lungo periodo si sono sommati gli impatti del commissariamento del sistema sanitario della Regione Lazio, del sisma del 2016 e, successivamente, del Covid. Senza contare che la perdita del presidio ospedaliero "Grifoni" di Amatrice, a causa del terremoto, ha comportato una sensibile riduzione dell'offerta per l'Alta Valle del Velino, solo parzialmente lenita dai PASS (Presidio di Assistenza Socio Sanitaria) di Accumoli e Amatrice.

Anche il sistema dell'emergenza risente delle particolari condizioni orografiche portando un tempo allarme a target pari a 21 minuti rispetto ai 15 della media regionale. Le uniche postazioni dell'ARES 118 si trovano ad Amatrice, Leonessa, Posta, Borgo San Pietro (Petrella Salto) e Paganico Sabino, ma risentono delle criticità della viabilità locale

e l'elisoccorso non può contare né su una base nella Provincia di Rieti, né su aree di atterraggio opportunamente e capillarmente individuate.

Rispetto a questa situazione, descritta dalla ASL di Rieti quale premessa alla proposta formulata nell'Accordo di Programma Quadro-SNAI, gli interventi proposti dalla ASL hanno riguardato in particolare le *équipe* itineranti e l'infermiere e l'ostetrica di comunità.

La nuova riorganizzazione dei servizi socio-sanitari dell'area interna Lazio 2 Monti Reatini ha previsto l'attivazione di servizi di vallata per ricomporre e integrare i diversi sistemi (sanitario, sociale e solidale) di offerta di servizi presenti sul territorio, grazie allo sviluppo di reti di comunità reali e digitali.

L'istituzione di 2 nuove Case della Salute nel territorio delle aree interne reatine è stata indirizzata in questa direzione e ha fornito il contesto di riferimento per lo sviluppo di un modello finalizzato a garantire risposte adeguate, tempestive ed appropriate ai bisogni del paziente cronico nel *setting* domiciliare, nonché a supportare il miglioramento-sviluppo delle cure primarie, della pediatria di base e dei presidi per la gestione delle situazioni di emergenza clinica. Un modello capace di elevare il grado di copertura dei bisogni e l'efficacia/efficienza dell'intervento pubblico nel territorio dei comuni dell'area, di cui buona parte situati all'interno del cratere sismico.

Questa riorganizzazione, definita all'interno dell'APQ Sistema Salute Aree Interne Reatine (SiS AIR), prevedeva la realizzazione di due Case della Salute (Sant'Elpidio e Borgo Velino) e l'istituzione di reti professionali di operatori sanitari finalizzate alla presa in carico proattiva delle cronicità e alla tutela delle fragilità. Il modello attuato supera quello tradizionale prestazionale di attesa e apre, di fatto, allo sviluppo di una dimensione relazionale dell'assistenza di iniziativa che intercetta i bisogni di salute e garantisce un'adeguata risposta attraverso una complessa e articolata

rete di risorse e di interventi definibile quale modello di prossimità e di *empowerment* per il cittadino.

Le proposte della ASL di Rieti per l'APQ-SNAI precedono e coincidono con le indicazioni contenute nel PNRR e, quindi, nel DM 77. Infatti, le figure centrali previste, oltre alle *équipe* itineranti, sono l'infermiere e l'ostetrica di comunità. Figure che non erano nuove nel panorama delle sperimentazioni presenti nel SSN, ma la cui attivazione sull'intero territorio della ASL ha trasformato una sperimentazione locale e dettata dall'emergenza in una vera innovazione, sistematizzando e avviando quel cambio di paradigma da decenni auspicato.

Il modello che si sta attuando è teso a garantire risposte adeguate, tempestive e appropriate ai bisogni del paziente cronico nel *setting* domiciliare, con il fine di supportare il miglioramento e lo sviluppo delle cure primarie. Pertanto, in questo contesto, è stato rivisto il paradigma dell'assistenza infermieristica e ostetrica tradizionali, sottolineando i ruoli di attivatori di interventi di promozione della qualità della vita, delle reti socio-sanitarie e del sostegno all'autodeterminazione, promuovendo inclusione sociale ed equità delle cure.

Il coordinamento delle nuove figure con i diversi professionisti coinvolti nell'attività assistenziale a bassa intensità di cura è effettuato attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT), così come peraltro definito dal PNRR e dal DM 77.

La COT opera come vettore di raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti ed ha funzioni di: coordinamento, indirizzo, *Transitional Care* (passaggio graduale nei diversi *setting* assistenziali). Riceve le richieste dalle varie strutture, nel rispetto del percorso organizzativo e provvede, tramite il personale infermieristico, dedicato e formato, alla valutazione delle stesse mediante la scheda di valutazione e di presa in carico, all'individuazione del giusto *setting* in

relazione alla tipologia dei bisogni rilevati, sia essi semplici che complessi. Le attività della COT sono gestite in rete con tutti i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio, per garantire una presa in carico adeguata.

In questo contesto di collaborazione sono stati siglati diversi protocolli d'intesa tra cui quello per consolidare successivamente il processo di collaborazione con gli Ambiti Sociali del Territorio della Provincia di Rieti per un efficace utilizzo dei fondi del PNRR (Misura 6 "Salute" e Misura 5 "Inclusione e coesione"), per gli aspetti legati alle reti di prossimità, alle strutture e alla telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e i servizi sociali, alla disabilità e alla marginalità sociale.

I cambiamenti sopra hanno imposto una mutazione professionale e un modo diverso di intendere la cura. La struttura sanitaria non è più il luogo unico dove erogare prestazioni sanitarie ma sono i professionisti che individuano ed erogano prestazioni a domicilio o nei luoghi più vicini al cittadino³⁴.

Il domicilio come primo luogo di cura vuol dire incidere su meccanismi che hanno a che vedere con la formazione dei professionisti e con le loro competenze tipiche del ruolo, del luogo dove le esercitano, delle nuove tecnologie che dovranno utilizzare e, quindi, con l'organizzazione dell'Azienda sanitaria nel suo complesso. Pertanto, le Linee guida³⁵ prevedono anche la formazione di pazienti e *caregiver* che dovranno acquisire informazioni e padroneggiare strumenti atti a monitorare lo

stato di salute.

L'aspetto più innovativo promosso dalla ASL di Rieti è l'implementazione del modello organizzativo delle *équipe* itineranti, multiprofessionali, in grado di rispondere, a domicilio o attraverso sistemi di telemedicina, ai fabbisogni socio-sanitari della popolazione. La *team* infermiere-assistente sociale svolge infatti un'attività di rilevazione sul territorio delle problematiche di tipo sanitario e sociale e della relativa presa in carico del paziente. In caso di necessità possono essere attivate anche le altre figure dell'*équipe* itineranti quali il fisioterapista, l'operatore socio-sanitario e lo psicologo. I materiali in dotazione alle figure sul territorio sono: tablet; auto aziendali; brochure informative; borse con materiali e presidi sanitari; documentazione sanitaria e scale valutative (scheda di valutazione e presa in carico infermiere e ostetrica di comunità; cartella infermieristica; scheda valutazione bisogno sociale).

Infine, è utile ricordare l'approccio adottato dalla ASL di Rieti riguardo alla stratificazione del rischio³⁶ attraverso il coinvolgimento dei diversi soggetti (itineranti, COT, ospedali, pronto soccorso, ATS, volontariato), dando forma allo stato di salute della popolazione mappandone le necessità. E questo a partire dall'informatizzazione e aggiornamento delle liste fornite dalla Regione Lazio per l'individuazione dei soggetti a rischio per le ondate di calore³⁷, alle schede di dimissione, agli accessi ripetuti in pronto soccorso, alle segnalazioni del volontariato e del vicinato su casi particolari.

34. L'avvio, durante l'emergenza Covid, delle USCA (Unità speciali di continuità assistenziale) per curare a domicilio le persone contagiate dal Covid ha dato forma al livello nazionale a quelle che erano sperimentazioni locali.

35. Decreto Ministeriale 29 aprile 2022. Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia (GU Serie Generale n.120 del 24-05-2022).

36. DM 77 p. 20 Gazzetta Ufficiale.

37. <http://www.salute.gov.it/caldo>

3.4.3. Vale la pena interessarsi di aree interne

Se valga la pena interessarsi delle aree interne in tema di servizi sanitari e sociali può anche essere interpretato come un dubbio da porsi, come una riflessione sulla convenienza o meno ad occuparsi di aree remote e localmente poco popolate del Paese. Riassumendo, le specificità di questi territori, positive e negative, sono:

- significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi essenziali (istruzione, salute e mobilità);
- disponibilità di importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e di risorse culturali (beni archeologici, borghi storici, abbazie, piccoli musei, ecc.);
- presenza di territori profondamente diversificati, frutto di dinamiche legate a numerosi e differenziati sistemi naturali e a peculiari e secolari processi di antropizzazione.

Per rispondere alla riflessione sopra, se sia meglio abbandonare ciò che sembra antieconomico gestire o valorizzare ciò che può diventare patrimonio di tutti, si può obiettare con due osservazioni: una di carattere giuridico, l'altra di oggettivo opportunismo.

Dal punto di vista del diritto occorre tenere presente che la scarsa accessibilità ai servizi di base, che in Europa si identifica con il diritto di cittadinanza, riduce non solo il benessere della popolazione locale residente, ma limita anche il campo di scelta e di opportunità degli individui ora residenti come di quelli potenziali in futuro.

Ora, se si considera che la popolazione è sì poca al livello locale ma, sommata, rappresenta una quantità considerevole per l'Italia, gli effetti di questa situazione di

disparità hanno un evidente rilievo sociale e politico per l'intero Paese poiché anche per i cittadini della frazione montana più remota valgono gli stessi diritti garantiti dalla Costituzione ai cittadini di un quartiere periferico di una grande città³⁸.

Per contro, da un punto di vista oggettivo e opportunistico, lasciare inutilizzato un capitale così vasto ed eterogeneo è incoerente anche in termini economici. Infatti, oltre al tema del potenziale di sviluppo di cui dispongono, le aree interne hanno un rilievo nazionale anche per i costi sociali determinati dalla condizione in cui versano e che si aggancia comunque alle aree urbane. Tra i tanti, il tema dell'instabilità idrogeologica è un esempio dei costi sociali (e umani) che si associano all'abbandono di quelle aree poiché sempre più spesso i cambiamenti climatici che hanno più impatto sulle aree interne e montane sfociano poi con fenomeni impetuosi "a valle".

Guardando in maniera più particolare alla salute dei cittadini, le aree interne rappresentano una sorta di enorme e diversificato laboratorio dove mettere a punto modelli organizzativi per gestire pazienti cronici a casa propria (come dimostrato dalle esperienze riportate più sopra) in difficoltà anche per le condizioni viarie. E a tale proposito vanno valutate, allo stesso modo, alcune condizioni di disagio proprie dei grandi centri urbani dove, pur avendo mezzi e sistema viario, cionondimeno si subisce una dilatazione delle tempistiche di intervento a causa del traffico. Tanto che in diverse città alcuni servizi a domicilio vengono erogati arrivando a casa dell'utente in bicicletta (come il servizio di assistenza domiciliare agli anziani del Comune di Bari).

Infine, dalle esperienze avviate in queste aree si possono trarre informazioni valide per

38. https://www.formez.it/sites/default/files/formez_rapporto_2022_la_strategia_nazionale_per_le_aree_interne.pdf

tutto il tema della prossimità, sia esso in aree interne che in aree urbane:

- le Case e gli Ospedali di Comunità sono determinanti nella nuova visione data dal DM 77 ma la vera e grande rivoluzione per le aree interne riguarda la mobilità dei professionisti, spostare infermieri e medici invece che pazienti e *caregiver*;
 - per moltiplicare gli effetti degli spostamenti a domicilio in tema di informazioni sui pazienti, sui loro *caregiver* e sul vicinato, è necessaria una connessione costante e informatizzata ad un “cervello centrale” (COT) anche per consentire un monitoraggio a distanza delle situazioni e l’acquisizione di note specifiche per una stratificazione della popolazione per livello di rischio e, in prospettiva, per una condivisione delle stesse con gli Ambiti Territoriali Sociali;
 - la prossimità ottimizza gli interventi che non restano confinati alla cura ma possono indirizzarsi anche alla prevenzione a partire dal domicilio del paziente e dalle sue condizioni di vita quotidiana (che spesso restano sullo sfondo nelle cure ambulatoriali/ospedaliere);
 - le attività a domicilio sono elementi facilitanti rispetto alla necessità di coinvolgimento e collaborazione dei servizi sociali e rendono effettiva la presa in carico a 360 gradi del paziente complesso. Per questo sono necessari accordi e protocolli tra Distretti e ATS che consentano anche lo scambio di professionisti nelle *équipe* a seconda delle specifiche necessità;
 - per quanto riguarda la selezione dei professionisti, è importante sottolineare che va capovolta una consolidata abitudine di inviare sul territorio gli operatori ormai prossimi al pensionamento. Al contrario, uno dei criteri perché queste figure diventino protagoniste è proprio un’età più giovane
- che consenta di formarsi sul campo, di costruire percorsi di carriera e di muoversi più agevolmente in situazioni geografiche più disagiate di quelle ospedaliere;
 - prevenzione ed *empowerment* del paziente viaggiano insieme ai professionisti che accedono al domicilio. Questo significa monitorare al meglio le condizioni dei cronici e ridurre gli accessi al pronto soccorso;
 - le informazioni acquisite attraverso gli interventi di prossimità restituiscono dati utili ad una migliore programmazione perché aggiungono una parte di conoscenza che non avrebbe modo, altrimenti, di entrare nei flussi informativi già codificati;
 - il sistema di formazione dei professionisti sanitari si arricchisce di elementi e competenze nuovi propri della mobilità, dell’uso di strumentazioni diagnostiche fuori dall’ambito ospedaliero, del diverso rapporto con il paziente e con i suoi *caregiver*;
 - una COT connessa diventa una indispensabile sala operativa sulla quale si innestano le informazioni raccolte sul territorio per uscirne sotto forma di azioni e soluzioni;
 - un’offerta di servizi costante, una presenza effettiva e una informazione pervasiva, una proattività fatta di azioni visibili possono modificare il consolidato orientamento dei cittadini verso l’ospedale quale unico soggetto riconoscibile e aperto H24.

Per chiudere, rispondendo alla possibile domanda “se convenga occuparsi di aree interne”, la risposta è sì. Perché, se funziona nelle difficoltà di questi luoghi così diffusi e lontani, allora funziona ovunque.

3.5. Nuove figure professionali

Da anni il tema di una riforma che comprendesse anche nuove figure professionali si è fatto via via strada. La pandemia, l'urgenza di intervenire a domicilio per curare i pazienti che non potevano più essere curati negli ospedali (ormai dedicati quasi esclusivamente ai pazienti Covid), ha innescato un meccanismo di emergenza che ha portato alla creazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale-USCA, successivamente divenute UCA.

Certamente esperienze di assistenza di prossimità, a domicilio, ce ne sono sempre state. La stessa Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è cosa nota (anche se non particolarmente diffusa, come si può vedere nelle tabelle del Capitolo 4). Il cambiamento, però, è in qualche modo epocale perché l'ADI è il frutto di una valutazione, di un processo, spesso di liste d'attesa. Il nuovo approccio disegnato dal DM 77 e della Componente 1 della Missione 6 "Domicilio come primo luogo di cura" vede, invece, le cure erogate a domicilio come una procedura di *routine* che via via possa portare le persone a curarsi – per ciò che è possibile – a casa. Come si è visto nel precedente paragrafo sulle esperienze nelle aree interne, non sono più i pazienti che vagano tra le strutture sanitarie ma sono i professionisti sanitari che contattano, monitorano, entrano nelle case dei pazienti.

Quelle che nella ASL di Rieti hanno chiamato *équipe* itineranti dovrebbero diventare la normalità in molte aree del Paese. E anche dove è prevista la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, le distanze tra paziente e cura si accorciano, sia dal punto di vista dei chilometri, sia dal punto di vista delle opportunità di assistenza.

La nuova figura professionale dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, già presente in

altri Paesi, nasce in Italia nel 2014 con una proposta di legge volta alla modifica del Decreto Balduzzi e divenuta poi oggetto di alcune sperimentazioni in diverse regioni. Sperimentazioni che hanno consentito ad AGENAS di mettere a punto un documento tecnico che descrive le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità".

In questi decenni la figura professionale dell'infermiere è forse quella che ha subito più mutamenti e una maggiore crescita e rappresentazione anche nell'immagine collettiva. Ci sono stati molti passaggi – come l'acquisizione di un titolo universitario – che hanno dato più consapevolezza e autonomia ad una figura che era sempre stata percepita come subordinata alla professione medica piuttosto che una professione con altre caratteristiche.

«La valorizzazione della professione infermieristica, e in particolare dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata ad incrementare la presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali, troverà una spinta decisiva nell'ambito delle sfide derivanti dal PNRR. Il modello proposto per il territorio dovrebbe rispondere ai bisogni di salute in virtù dei cambiamenti sociodemografici del Paese. Infatti, si assiste:

- al progressivo invecchiamento della popolazione;
- all'incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e di condizioni di comorbilità, in particolare in soggetti *over* settantacinquenni (66,6%);
- alla progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle

famiglie, con il 29,6% delle persone *over* sessantacinquenni che vivono sole;

- a una riduzione del 50% circa degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socioeconomiche.

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sostanzialmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità e della personalizzazione garantendo anche continuità relazionale, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. Al contempo il modello persegue finalità di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita del singolo e della famiglia, responsabilizzare sugli stili di vita, coinvolgendo attivamente nella promozione e gestione della propria condizione di salute (*self-care*). Conseguenze attese sono anche il contenimento della spesa sanitaria. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei cittadini e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, in accordo ad una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali»³⁹.

Certamente tutti questi mutamenti vanno accompagnati da una adeguata presenza di professionisti giovani e formati al nuovo approccio e alle nuove tecnologie. E questa è una nota dolente perché, nonostante durante il 2020 ci si è accorti della "esistenza" degli infermieri-eroi, la professione infermieristica

in Italia non riesce ad essere attrattiva.

Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche-FNOPI, «Da qualunque parte la si guardi, il problema di fondo per la professione è sempre e soprattutto di natura culturale. Ecco che la riforma dell'*iter* formativo di livello universitario – parallelo ad un graduale ampliamento dei numeri programmati per le lauree in Infermieristica con l'obiettivo di assicurare flussi costanti di infermieri in rapporto alle esigenze dei servizi negli anni a venire – rappresenta uno dei punti cardine per il nuovo mandato della Federazione. Auspico che presto il dibattito si possa spostare dal dibattito sulla prestazione al dibattito su un concetto di presa in carico e di governo di processo decisionale infermieristico. Staccarsi dal mero atto tecnico in favore di una *forma mentis* orientata al governo dei processi: è questo l'obiettivo su cui lavorare. E perché questo accada, perché si crei e si trasmetta cultura e identità infermieristica, è necessario incrementare il numero dei nostri professori ordinari, dei professori associati e dei ricercatori»⁴⁰.

Le stime fatte sulla necessità di infermieri parlano di almeno ventimila Infermieri di Famiglia e Comunità per far fronte ai nuovi standard e di circa settantamila per gestire le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità (strutture a gestione infermieristica), fino alle corsie degli ospedali e all'assistenza domiciliare integrata sul territorio. Secondo le previsioni fatte dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, tra una decina di anni saranno circa centomila gli infermieri che lasceranno il SSN e, allo stato attuale, è impossibile pensare che questi vengano sostituiti da professionisti formati

39. https://www.agenas.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_.def.pdf

40. <https://www.nurse24.it/infermiere/ordine/infermieri-mangiacavalli-non-e-tecnica-che-identifica-professione.html>

in Italia ma, come già avviene, bisognerà far ricorso a risorse formate altrove, spesso con parametri e standard diversi da quelli raggiunti nel nostro Paese (con il paradosso che molti, formati in Italia, possano scegliere di lavorare all'estero con condizioni economiche e professionali migliori).

3.6. Legge sulla non autosufficienza

Dopo decenni⁴¹ di segnalazioni e studi sulla necessità di dare una indicazione precisa, anche legislativa, sul tema della non autosufficienza, in particolare, e sul tema dell'invecchiamento, in generale, è arrivata la Legge delega 23 marzo 2023 n. 33⁴².

La Legge risponde a una delle riforme previste dal PNRR (la successiva *milestone* è fissata al marzo 2024 con l'approvazione dei decreti delegati attuativi) e sistematizza una serie di atti e articoli che negli anni sono stati attivati in maniera assolutamente non omogenea sul territorio. Tra le altre indicazioni, si torna sulla necessità di Punti Unici di Accesso (PUA), luogo dove ci possa essere, in una sede unica, una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) con le indicazioni relative alle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana. È del tutto evidente che questa procedura è praticabile e funziona solo se quanto descritto nel paragrafo relativo alla coincidenza tra Distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali diventa non solo una coincidenza geografica ma anche una modalità di lavoro condivisa professionalmente.

Sulla Legge e sulla sua necessità si sono espresse molte parti del Paese e questo anche in considerazione della numerosità delle

persone interessate (entro il 2050 si stima che le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,9% del totale⁴³).

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali riassume⁴⁴ le novità rappresentate dalla Legge 33/2023 a cominciare dal fatto che essa stabilisce il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e il principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente. Cosa questa che può sembrare una banalità ma che, di fatto, non è mai stata sancita come ha più volte rappresentato in molti interventi Mons. Vincenzo Paglia, presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana. Infatti, l'era dell'età anziana è relativamente recente e solo negli ultimi decenni in special modo in Italia, anche grazie alla presenza di un Servizio Sanitario Nazionale che ha garantito cure universali, sono stati raggiunti livelli di speranza di vita impensabili solo fino a mezzo secolo fa.

Pertanto, la Legge dovrebbe rispondere, attraverso l'articolo relativo all'invecchiamento attivo, anche alla domanda sul "diventare anziani per cosa", come impiegare questo tempo che viene dato in più, che tipo di risorsa può rappresentare una persona anziana nella nostra società? Per tornare agli aspetti più importanti della Legge delega e dei prossimi decreti delegati attuativi, si possono sintetizzare come segue:

- l'introduzione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente;
- la definizione del sistema nazionale per la

41. Qualcuno ha contato 26 anni dalle prime proposte, <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2023/05/Guida-Delega-Anziani-Maggio-2023-DEF.pdf>
42. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sq>

43. <https://www.istat.it/it/files//2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>

44. <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Legge-delega-anziani-cosa-prevede.pdf>

- popolazione anziana non autosufficiente (SNAA);
- l'effettuazione, in una sede unica, mediante i Punti Unici di Accesso (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana;
 - la definizione di una specifica *governance* nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi;
 - la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale;
 - la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione tra le generazioni, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e socio-sanitari integrativi;
 - la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane;
 - l'integrazione degli istituti dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
 - il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*;
 - la previsione d'interventi a favore dei *caregiver* familiari.

Un programma vasto per una parte ampia di popolazione che, per avviarsi, necessita dell'attuazione di alcune parti ancora in divenire come, solo per citarne una, la riforma che definisce e disciplina i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali-LEPS. Ovvero i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il

territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lett. m), della Costituzione) in coerenza con i principi e i criteri generali indicati dalla Legge quadro n. 328 del 2015. Lo strumento che, in ambito sociale, dovrebbe rappresentare l'omologo dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA usati in sanità. Ma così anche tutte le parti che nel DM 77 vanno verso una sanità proattiva e di prossimità, senza parlare della sistematizzazione e unificazione di tutti quegli aspetti che hanno a che vedere con sussidi vari.

Allo scopo di promuovere e monitorare le politiche sulle persone anziane, è prevista anche l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito, appunto, di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza. Il CIPA dovrà adottare, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sentite le parti sociali e le associazioni di settore e rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", che sostituisce il precedente Piano per la non autosufficienza.

Tutti gli studi e le analisi condotte sulla condizione attuale degli anziani e, in particolare, di quelli in situazioni di non autosufficienza⁴⁵ mostrano la difficoltà di dare seguito all'elevato numero di miglioramenti e

45. Solo per citare un esempio importante: <https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2023/07/Indagine-Italia-Longeva-2023.pdf>

innovazioni che questa fascia di popolazione richiede. Miglioramenti che, nella maggior parte dei casi, riguardano la necessità di integrare professionalità di diversi organismi e discipline ma anche all'interno delle stesse professionalità mediche⁴⁶. Non solo, si tratta di miglioramenti che intervengono sullo stato di salute dei cittadini in prima battuta, ma anche sulle casse dello Stato laddove l'attuale condizione di scarso monitoraggio comporti ripetuti ed evitabili accessi in pronto soccorso e ricoveri ospedalieri.

In ultimo è necessario sottolineare che un'attenzione non adeguata alla portata del problema comporterà una grave emergenza nella gestione dello stesso. Già oggi si stima che tra non autosufficienti e altri soggetti coinvolti (operatori sanitari, familiari, assistenti familiari, ecc.) gli interessati siano circa 10 milioni. Inoltre, nella prospettiva attuale di cosiddetto "inverno demografico" è sempre più diffusa la condizione di persone anziane che sostengono a fatica familiari grandi-vecchi. Perché in questi 26 anni di idee e ipotesi sulle persone anziane non ci si è resi conto che i giovani diventavano sempre meno e il lavoro di cura verso i fragili sempre meno attrattivo.

Viene in mente la cosiddetta matrice di Eisenhower, il presidente degli Stati Uniti che, nella gestione del proprio tempo, identificava le priorità tra urgenti e importanti. Forse è il caso di dedicare più tempo e risorse alle questioni importanti evitando, in questo modo, che diventino col tempo urgenti e che le soluzioni dell'ultim'ora non siano più adeguate ad affrontare le difficoltà che queste pongono.

⁴⁶ È il caso della necessaria conciliazione terapeutica quando un paziente cronico assume differenti e numerosi farmaci per le diverse cronicità rischiando interazioni dannose tra gli stessi.

3.7. ATS e Distretti sanitari per l'integrazione socio-sanitaria

Fin dalla loro creazione (Legge n. 833/78 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), i Distretti sanitari vengono individuati come l'articolazione più vicina sul territorio delle USL anche perché l'art. 10 prevedeva che «i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento», dove il territorio delle USL era di gran lunga minore di quello delle attuali ASL, ormai coincidenti con il territorio provinciale. Nel corso di questo quasi mezzo secolo di esistenza, i Distretti hanno avuto diverse trasformazioni, sempre indicati come uno dei cardini del servizio sanitario sul territorio, ma raramente attenzionati da renderli effettivamente (salvo rare eccezioni) un vero punto di riferimento per i cittadini che, il più delle volte, li interpretano come luogo di pratiche burocratiche (ADI, presidi, ecc.). Così, anche con il PNRR e, in particolare, con il DM 77, il Distretto torna ad essere indicato come la cabina di regia delle nuove forme di organizzazione sul territorio. Ad esso viene attribuita la responsabilità di coordinare:

- Case di Comunità;
- Ospedali di Comunità;
- Centrali Operative Territoriali.

E anche in questa occasione si torna a parlare della necessità che Distretti socio-sanitari e Ambiti Territoriali Sociali coincidano da un punto di vista geografico, che abbiano lo stesso bacino di utenza e, soprattutto, che interagiscano in maniera costante e coordinata avendo come obiettivo soluzioni ai bisogni del cittadino e il suo completo stato di salute e benessere. In sostanza, che si possa effettivamente parlare di integrazione socio-sanitaria.

È utile ricordare che, in questo contesto,

insieme al Distretto, è tornato di gran moda il Punto Unico di Accesso e per questo si è posto l'accento su "unico" in quanto luogo in cui si coordinano istanze diverse. E anche in questo caso, facendo un po' di archeologia, si trova che AGENAS già nell'ottobre 2008 aveva condotto una indagine in alcune regioni sui neonati PUA definendolo un "modello innovativo" all'interno del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali. Luogo di integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale.

Tuttavia, per un particolare processo di eterogenesi dei fini, sia il Distretto sia il PUA si sono, nella gran parte del Paese, occupati di quello che avveniva a casa propria e, per questo, anche l'Assistenza Domiciliare Integrata ha finito per integrarsi solo all'interno delle strutture previste dalle ASL.

Perché insistere così tanto sulla necessità che i sistemi sociale e sanitario si integrino? A cosa serve l'integrazione? Se lo chiede anche Franco Pesaresi⁴⁷ che ne dà la seguente motivazione: «Il costante aumento di patologie cronicostabilizzate e cronicodegenerative richiede lo sviluppo di una rete di servizi sanitari e socio-sanitari integrati che costituiscono l'intervento assistenziale più appropriato e di lungo periodo.

Inoltre, gli utenti non accettano più servizi frammentati, disaggregati in cui spetta al fruitore ricercare unitarietà e continuità. L'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che esprima una diagnosi unitaria, auspicabilmente realizzata da una *équipe* multi-professionale, che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi sociosanitaria.

L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure: continuità delle cure sanitarie (di servizi sanitari diversi) e dell'assistenza socio-

sanitaria (di servizi sanitari e sociali). Senza integrazione non c'è continuità assistenziale. L'integrazione fra le competenze e gli interventi sanitari e sociali, pertanto, non è più soltanto una auspicabile opzione ma una necessità per la qualità stessa degli interventi.

I 5 motivi principali dell'assistenza integrata sono:

- affrontare il cambiamento di domanda di assistenza che deriva soprattutto dall'invecchiamento della popolazione;
- riconoscere che i risultati sanitari e sociali sono interdipendenti (sistemi complessi);
- essere un veicolo per l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società promuovendo un migliore accesso ai servizi e la continuità degli stessi;
- portare a una migliore efficienza del sistema attraverso coordinamento organizzato delle azioni;
- migliorare la qualità e la continuità dell'assistenza garantendo così più efficacia alle azioni».

Anche sul fronte del "sociale" si pone il tema della effettiva collaborazione con il "sanitario". Nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2012-2023 si afferma che «il lato sanitario deve operare in stretto raccordo con il lato sociale. È chiamato a contribuire al Piano e a condividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati punti di competenza socio-sanitaria. In questo scorcio storico appare quanto mai necessario che si dia luogo ad una fattiva e regolata collaborazione tra sistema sociale e sistema sanitario attraverso l'azione coerente di una comunità di cura larga e operosa affinché si riesca, in modo efficace, a gestire le situazioni di disagio acuto e anche i rischi psicosociali connessi alla circolazione incontrollata di sentimenti di frustrazione e rancore delle persone in difficoltà. Ciò può realizzarsi a condizione che si dia effettivamente corso a una più efficiente ed efficace organizzazione

47. <https://francopesaresi.blogspot.com/2023/10/introduzione-allintegrazione-socio.html>

da realizzarsi mediante strumenti, praticabili e rispettosi delle specificità di ciascuna professionalità coinvolta, capaci di collegare e, quindi, di coordinare l'operato dei servizi sociosanitari territoriali in cui le competenze/autonomie professionali si integrano con quelle dei *team* presenti nei vari servizi sociali del territorio. (...) Tutto questo richiede una programmazione coordinata a livello centrale e fortemente integrata a livello territoriale; la programmazione regionale e quella di ambito dovranno, in particolare, garantire un approccio integrato, capace di offrire le opportune risposte al cittadino senza che esso venga rinviato a competenze di altri enti e livelli istituzionali. Anche per questo il potenziamento dei PUA è posto fra le azioni prioritarie di potenziamento tanto sul lato sociale, come sul lato sanitario. Evidentemente, un approccio sociale basato sui LEPS non può che interagire strettamente con l'approccio sanitario, che vede già definiti livelli essenziali sanitari e socio-sanitari (LEA); l'interazione è tanto più importante in quanto alcuni dei LEA socio-sanitari, come ridefiniti da ultimo ai sensi del DPR 12 gennaio 2017, individuano livelli essenziali - quali quelli relativi alla presa in carico con valutazione multidimensionale del bisogno e progetto di assistenza individuale (art. 21) - comuni all'ambito sociale, ma che ancora faticano enormemente ad essere garantiti anche dal sistema sanitario. È necessario attivare un modello organizzativo, con modalità di coordinamento per un utilizzo funzionale delle risorse professionali (anche psicologiche) capace di mettere in rete le prestazioni di maggior impatto sulle situazioni di disagio personale e sociale, erogate in tutti gli ambiti previsti dai LEA al fine di "garantire il benessere psicologico individuale e collettivo" così come previsto anche dal comma 2 dell'art. 29 ter della L. 13.10.2020, n. 126»⁴⁸.

48. <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

Peraltro, va sottolineato che anche a livello legislativo, negli anni, le regioni si sono dotate di numerose norme in tema di integrazione socio-sanitaria. Alcune «hanno elaborato apparati di norme che già coniugano le due politiche della salute e dell'assistenza. È il caso del Friuli-Venezia Giulia, della Liguria e della Lombardia, ma in maniera del tutto singolare, è il caso dell'Umbria, che nel 2015, con la Legge regionale n. 11, ha addirittura predisposto un Testo unico in materia di sanità e servizi sociali, con soluzione che non è riscontrabile in nessun altro contesto autonomistico. Esse hanno elaborato recenti testi normativi che già prevedono un approccio integrato, anche se va evidenziato che l'attenzione per l'integrazione emerge comunque anche in quei territori che hanno discipline separate: la presenza di una legge istitutiva del servizio sanitario regionale e di una istitutiva del sistema dei servizi sociali non impedisce che siano declinati obiettivi di integrazione tanto nell'una quanto nell'altra. Però, il fatto che in alcuni casi vi sia una normativa che intende non disgiungere i due interventi di *policy* appare di particolare interesse»⁴⁹.

Allora, la domanda, dopo tanti anni e tentativi, è: cosa non funziona nel processo, più volte rimesso al centro, dell'integrazione? Perché si continua a lavorare in parallelo, costruendo sistemi che non comunicano (nell'era del digitale!) mentre la società che si va definendo – di anziani e fragili – ha assoluta necessità di un *continuum* tra sanità e sociale e di un approccio sistemico e non solo prestazionale? Le motivazioni e le questioni da affrontare sono sicuramente molte e diverse:

- una necessaria condivisione e, quindi, integrazione di vedute e di linguaggi;

49. "L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni" Rapporto 2022 dell'osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca, Curatori: Buzzacchi Camilla, La Porta Salvatore, Giappichelli ed. 2022.

- la presenza di una *leadership* giovane e appassionata che coinvolga tutti in un processo di cambiamento che, necessariamente, significa abbandonare parte delle proprie certezze professionali e costruirne altre in comune con altri soggetti;
- l'omologazione di contratti diversi per figure professionali e competenze uguali.

Federsanità, dalla sua fondazione, nel 1995, impegnata sulla necessità dell'integrazione socio-sanitaria, ha avviato a tale proposito l'Osservatorio sull'Integrazione Socio-Sanitaria (OISS)⁵⁰ con l'obiettivo di raccogliere documentazione sulle esperienze di integrazione socio-sanitaria in Italia, attivare discussioni, critiche, proposte, integrazioni, sia di ordine generale che operativo, orientate a fare crescere il dibattito su queste materie per promuovere l'evoluzione delle politiche, delle organizzazioni e dei servizi.

Un luogo di confine in cui si intrecciano visioni, linguaggi, traiettorie, esperienze, più che un santuario di appartenenze che confermano continuamente loro stesse rendendo di fatto irraggiungibile l'integrazione.

Un luogo in cui l'intreccio avviene per contaminazione verso il cambiamento e non per consolidare le singole provenienze e le supposte preminenze. Un luogo in cui il focus sia la promozione di politiche pubbliche innovative, in grado di scavalcare le attuali linee di frattura dell'integrazione socio-sanitaria per produrre trasformazioni di sistema.

3.8. Indicatori di qualità sociale verso la standardizzazione e la possibile definizione dei LEP

Che ci sia necessità di avere una standardizzazione dei servizi sociali offerti dai comuni è innegabile. Che questo sia un obiettivo particolarmente difficile lo

50. <https://www.oiss.it/>

dimostra, anche in questo caso, la quantità di anni impiegati nella discussione, nella necessità, nelle modalità e l'attuale stato di *impasse* nonostante la questione dei LEP sia tornata nuovamente in auge con il tema dell'Autonomia differenziata, prevista dalla riforma costituzionale del Titolo V del 2001 attraverso la possibilità di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia".

Successivamente con la Legge delega 42/2009 si è giunti alla necessità di definire costi e fabbisogni standard, previsti dal Decreto legislativo 68/2011 per le Regioni, sulla base del quale ogni anno si individuano quelle *benchmark* (per definire parametri di efficienza).

Infine, con il DDL n. 615 "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione", una riforma considerata necessaria per rinnovare e modernizzare l'Italia, nel segno dell'efficienza, dello sviluppo e della responsabilità, è previsto che il Parlamento approvi il DDL mentre la prevista cabina di regia dovrebbe varare i LEP, così da permettere al Governo, a inizio 2024, di iniziare a esaminare le proposte di autonomia differenziata presentate dalle Regioni.

Ma, come si legge nel Dossier del Senato⁵¹, un emendamento approvato recita:

«premessi che:

- i livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale al fine di ridurre i divari esistenti, considerato che riguardano diritti civili e sociali da garantire per tutti i cittadini;
- il Disegno di Legge all'articolo 1 fa

51. <https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=ListEmendc&leg=19&id=56845>

riferimento all'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione";

- la definizione dei LEP in alcuni casi è implicita in norme già vigenti e i servizi relativi sono già gestiti dagli enti territoriali - comuni, province e regioni, come ad esempio la presenza dell'anagrafe in ciascuno dei quasi 8.000 comuni italiani che rappresenta un livello essenziale delle prestazioni, trattandosi di un servizio connesso con diritti e servizi fondamentali per la cittadinanza;
- nel corso dei decenni, infatti, lo Stato ha già affidato o delegato agli enti territoriali determinati compiti e questi sono tenuti a garantire il servizio, a differenza di altri settori riguardo ai quali ad oggi non sono ancora stati individuati i livelli del servizio da garantire. Si tratta dei servizi erogati in modo disomogeneo sul territorio nazionale (come quelli sociali e socio-educativi);
- sono, quindi, ancora molti i settori in cui i LEP devono essere definiti, dai servizi sociali al trasporto locale e ciò rappresenta una questione di primaria importanza, che determina l'inattuazione del dettato costituzionale su una questione fondamentale;
- pur concordando con gli interventi normativi volti, attraverso la delega di ulteriori funzioni, a favorire lo sviluppo di tutte le Regioni, sia quelle che procedono già velocemente, sia quelle che hanno ancora bisogno di crescere, risulta tuttavia necessario focalizzare l'attenzione sulle regioni caratterizzate da particolari condizioni dovute al grave impoverimento del capitale umano, a marcate carenze dal punto di vista infrastrutturale, per quanto riguarda per esempio sia le reti ferroviarie dell'alta velocità sia gli aeroporti, alla presenza di uno scarso numero di

imprese, peraltro penalizzate da una maggiore difficoltà di accesso ai mercati e da problemi di sicurezza a causa della criminalità, prevedendo un significativo stanziamento delle risorse necessarie per garantire l'effettiva realizzazione delle opere e degli interventi infrastrutturali;

- come stabilito dalla Legge delega sul federalismo fiscale - Legge 5 maggio 2009, n. 42 - c'è un rapporto diretto tra la definizione dei LEP e la determinazione dei costi e fabbisogni standard da riconoscere ai comuni e agli altri enti locali per erogare i servizi oggetto di LEP;
- è utile ricordare che la Corte dei Conti, nell'audizione del giugno 2021 di fronte al gruppo di lavoro istituito dal Dipartimento affari regionali durante il Governo Draghi, ebbe a ricordare che "la questione della realizzazione di livelli di autonomia differenziata non può essere presa in considerazione al di fuori del contesto attuativo del federalismo fiscale", la cui completa attuazione entro marzo 2026 costituisce peraltro oggetto di una specifica *milestone* nell'ambito degli obiettivi del PNRR, impegna il Governo:
- nel percorso di attuazione della riforma sul federalismo fiscale, ad affrontare le problematiche degli enti territoriali con riferimento alle materie già trasferite, attraverso la definizione dei LEP e il relativo finanziamento;
- a promuovere la compiuta attuazione dell'articolo 119, terzo, quarto, quinto e sesto comma, della Costituzione in modo coordinato con l'attuazione della presente Legge».

Tutto questo vuol dire che il lavoro della cabina di regia per la messa a punto dei LEP è enorme, su diversi fronti della vita quotidiana dei cittadini, e necessita di studi approfonditi per dare nomi uguali a prestazioni uguali erogate sull'intero territorio del Paese. Cosa non facile ed

evidentemente complessa a partire dalle tabelle del successivo Capitolo 4 che illustrano una realtà molto diversificata sull'erogazione di determinati servizi alla stessa tipologia di utenti abitanti in regioni diverse.

Altrettanto evidente è la difficoltà derivante dalla varietà di “nomi” assegnati ai servizi dei comuni (v. Appendice) che non definiscono cosa effettivamente, in termini di prestazione erogata, differenzia un nome da un altro simile. E questa difformità nella definizione e nella sostanza dello stesso servizio non ne consente neanche la valutazione.

A questo proposito è utile la lettura dell'indagine “Indicatori di qualità per misurare la performance degli enti locali”, condotta dal Politecnico di Milano e dalla Fondazione per la Sussidiarietà con il contributo di IFEL⁵², all'interno della quale sono stati presi in esame due servizi pubblici di importanza primaria come gli asili nido e il Servizio di Assistenza Domiciliare-SAD. La comparazione e valutazione dei servizi, al fine di costruire degli indicatori, ha comportato un imponente lavoro per trovare elementi di uniformità di spesa e di prestazioni nei 12 comuni che hanno inizialmente collaborato all'indagine e di cui 8 hanno partecipato alla rilevazione relativa al servizio di asilo nido e 7 a quella relativa al SAD.

Si intuisce che questa difformità diffusa sul territorio su cosa si intende per una determinata prestazione, e quanto un comune piuttosto che un altro siano in grado di erogarla, rischia di mettere in discussione molte delle riforme in atto, come, ad esempio, la collaborazione sul territorio tra Distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali che

provoca una diversità nella resa in termini di prestazioni erogate ai cittadini perché i LEA sanitari si interfaccerebbero con prestazioni sociali non codificate e non garantite in modo omogeneo nelle regioni e tra comuni confinanti.

E, d'altra parte, va sottolineato che anche in sanità codificare e monitorare i LEA non è (stata) cosa semplice e veloce e richiederebbe un costante lavoro di aggiornamento poiché la rapida evoluzione in medicina di presidi e procedure rende obsolete prestazioni ritenute “essenziali” solo cinque anni prima. Un problema che potrebbe porsi anche in ambito di prestazioni sociali considerati i cambiamenti veloci a cui è sottoposta l'intera società.

3.9. LEA ed extra LEA

La pagina del Ministero della Salute dedicata⁵³ ai LEA recita: «Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n. 15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017⁵⁴ con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Decreto sostituisce infatti integralmente il DPCM 29 novembre 2001⁵⁵, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta.

Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di

52. <https://www.sussidiarieta.net/cn3893/indicatori-di-qualita-per-misurare-la-performance-degli-enti-locali.html>

53. <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn>

54. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&completo=false>

Stabilità 2016, che ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 e gli allegati che ne sono parte integrante:

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
- innova i nomenclatori della assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete».

Il DPCM del 2017 individua tre grandi Livelli:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica (tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli);
- assistenza distrettuale (le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio);
- assistenza ospedaliera.

Le Regioni possono garantire servizi e prestazioni ulteriori (extra LEA) rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.

Per garantire l'aggiornamento continuo e sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei LEA, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN e il Comitato

permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA (Comitato LEA), cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN. Nell'ambito del Comitato LEA, inoltre, è stato istituito un tavolo tecnico, a cui partecipa l'AGENAS, con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei LEA denominato "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"⁵⁶.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, attraverso le informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza, che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni previste dai LEA.

Gli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019 sono 88, distribuiti per macro-aree:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto).

All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "CORE", in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), utilizzata per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Tali indicatori sono suddivisi in tre macro-aree:

55. [Http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=12119&query=DEL%3A%2029%2011%202001%20ORDI-NA%20PER%3A%20emettitore%20](http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=12119&query=DEL%3A%2029%2011%202001%20ORDI-NA%20PER%3A%20emettitore%20)

56. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglio-Atto?id=69576&completo=false>

- prevenzione collettiva a sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Appare evidente da queste informazioni che, al contrario dei LEP, i LEA sono una realtà definita. Un lungo lavoro di codifica e di accordi che prevede monitoraggi sulla loro applicazione e modifiche che vadano in parallelo all'evolversi della medicina.

Il meccanismo di adeguamento alla realtà ha però subito due grossi rallentamenti. Da una parte la tempistica per l'approvazione dei "nuovi LEA" ha prodotto il paradosso che, quando sono stati emanati scontavano un tempo di gestazione troppo lungo che li ha resi per alcuni aspetti obsoleti sul nascere. E questo anche in considerazione che l'approvazione dell'innovazione ha, in principio, un costo maggiore da mettere in preventivo anche se, nella fattispecie, questo diventa guadagno di salute (per i cittadini) e, di conseguenza, anche per lo Stato. Ma per quest'ultimo nell'immediato significa fare i conti con una spesa maggiore.

La seconda battuta di arresto è più recente e riguarda il periodo Covid e la successiva fase di recupero delle prestazioni perse a causa della pandemia.

Salutequità da tempo, attraverso i propri Report⁵⁷, ha messo in evidenza come la misurazione dei LEA sia fondamentale per garantire equità e ha sollecitato affinché non ci fossero ritardi rispetto all'entrata in vigore del Nuovo Sistema di Garanzia, sottolineando contestualmente che le innovazioni che si stanno introducendo a livello organizzativo e i contenuti degli atti di programmazione, come ad esempio il Piano Nazionale della Cronicità, devono intervenire nel sistema di misurazione delle Regioni. Date tali premesse, Salutequità ha deciso di promuovere nel 2022 un progetto

57. <http://salutequita.it/chi-siamo/report/>

volto ad analizzare il NSG LEA e a proporre azioni di miglioramento necessarie per renderlo più aderente ai bisogni dei pazienti, in particolare quelli cronici, e alle sfide del PNRR.

Le "Raccomandazioni per l'equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA", presentate in un Tavolo di lavoro il 4 luglio 2023, sono, a cominciare da un'analisi accurata dell'attuale stato di erogazione dei LEA da parte delle Regioni, una risposta e una richiesta a quei ritardi nel contatto con la realtà prodotti dal mancato allineamento con le novità in medicina e dal mancato recupero delle prestazioni non effettuate durante la pandemia.

3.10. Revisione del DM 70

Il Servizio Sanitario Nazionale è anche un Sistema e, in quanto tale, ha un suo equilibrio che necessita di un certo tipo di manutenzione. Pertanto, se dopo decenni si è giunti alla definizione del DM 77 per dare regole e forma al territorio, va da sé che il DM 70 del 2015, che sistematizzava tutto il sistema ospedaliero, debba essere rivisto alla luce delle nuove strutture, delle nuove competenze assegnate, delle nuove tecnologie operanti.

A tale scopo il Ministero della Salute ha costituito un "Tavolo tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del regolamento dell'assistenza ospedaliera (DM n. 70) e dell'attuazione del regolamento dell'assistenza territoriale (DM n. 77)"⁵⁸.

I lavori sono iniziati da pochi mesi ma è possibile immaginare che i nodi che si dovranno sciogliere abbiano a che fare con:

- un aggiornamento del sistema ospedaliero di eccellenza (Aziende ospedaliere, Aziende Ospedaliere Policlinici, Istituti

58. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglio-Atto?id=95156>

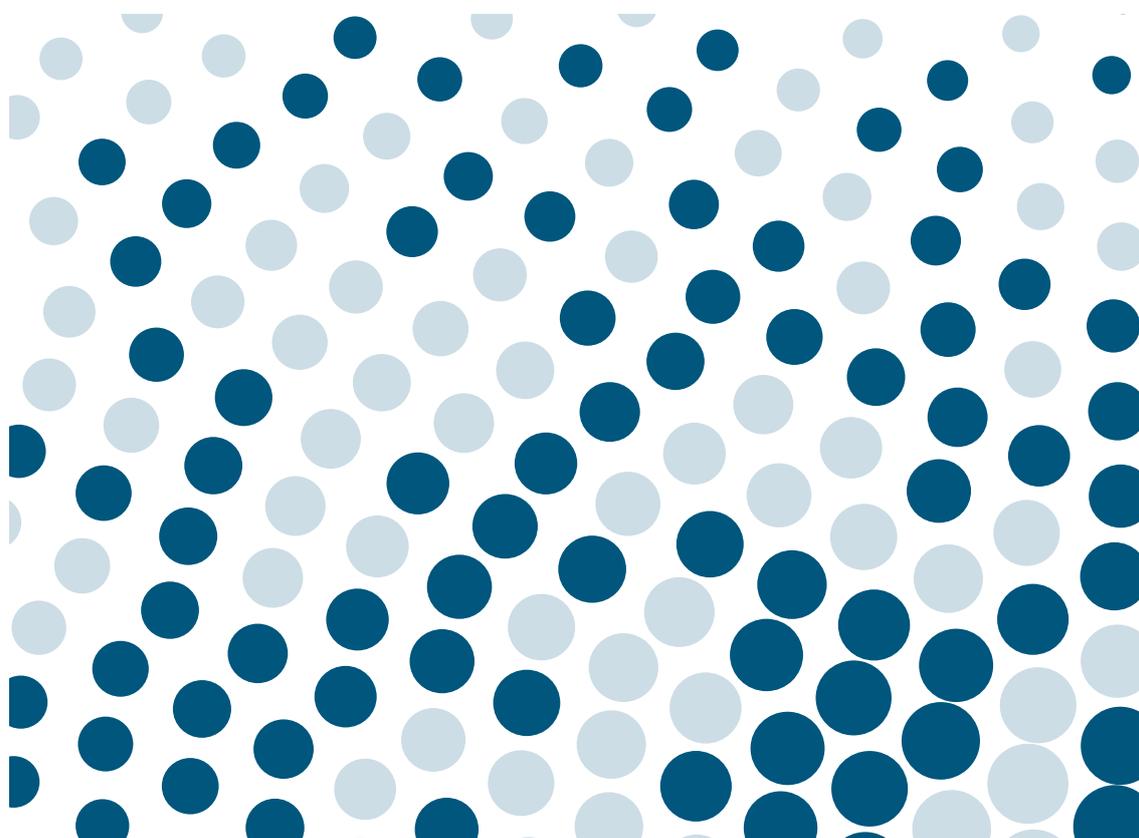
- di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-IRCCS) alla luce delle nuove tecnologie e dell'impatto che ha avuto la pandemia;
- l'interazione tra questo sistema di eccellenza sull'acuzie e l'integrazione con le nuove strutture previste dal DM 77 (Case e Ospedali di Comunità, COT, Ambiti Territoriali Sociali, ecc.).

Occorre ridare ad ogni struttura/servizio l'incarico di curarsi degli aspetti che sono stati loro assegnati, fornendo strumenti e risorse umane qualificate, poiché un territorio consapevole delle proprie competenze, e valorizzato anche da un punto di vista della legittimazione tra i cittadini, restituisce, a sua volta, valore alle strutture di eccellenza che potranno concentrarsi sulle acuzie, come previsto per *mission*.

È necessario uno sforzo di contesto generale, una notevole capacità di *network analysis* per capire come ogni singolo nodo di questa immensa e variegata rete di servizi sul territorio possa essere messa nelle condizioni di interagire e integrarsi sui bisogni di ogni singolo cittadino, sia esso malato cronico o persona in salute, sia esso residente in un grande centro urbano o in un piccolo borgo degli Appennini.

Capitolo 4

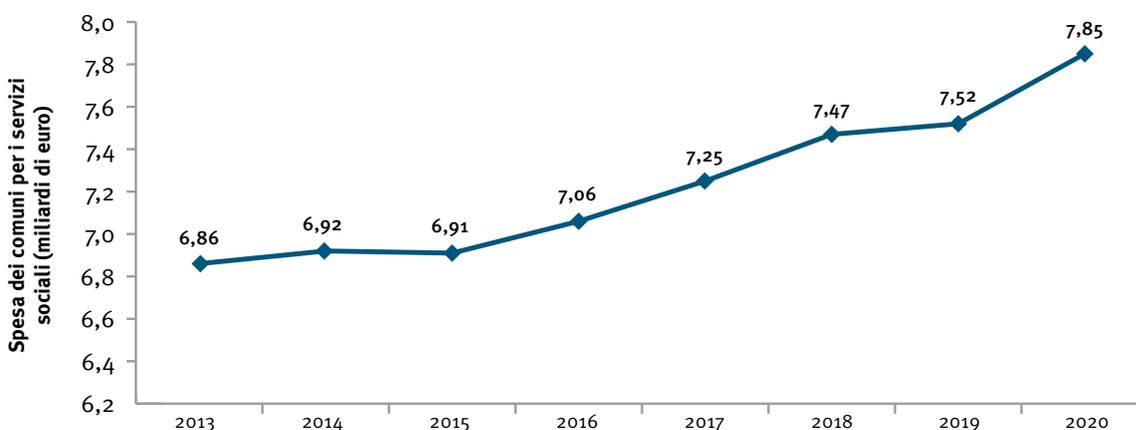
**I servizi sociali dei comuni:
spesa e aree di utenza**



4.1. Le dinamiche di spesa

La spesa dei comuni per i servizi sociali è aumentata nel 2020 in modo significativo per fronteggiare i nuovi bisogni assistenziali derivanti dall'emergenza sanitaria esplosa con il Covid-19 e della conseguente crisi economica e sociale. Di fatto i comuni sono responsabili degli interventi e dell'offerta di servizi socio-assistenziali destinati ai propri cittadini e nel 2020 la loro spesa per tale funzione raggiunge i 7,85 miliardi di euro, pari allo 0,47% del PIL, il 4,3% in più rispetto al 2019 (Figura 1). In confronto con il 2013, quando la spesa complessiva era pari a 6,86 miliardi di euro, il dato ha subito una variazione positiva pari al 14,4%.

Figura 1. Spesa dei comuni per i servizi sociali (miliardi di euro), 2013-2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

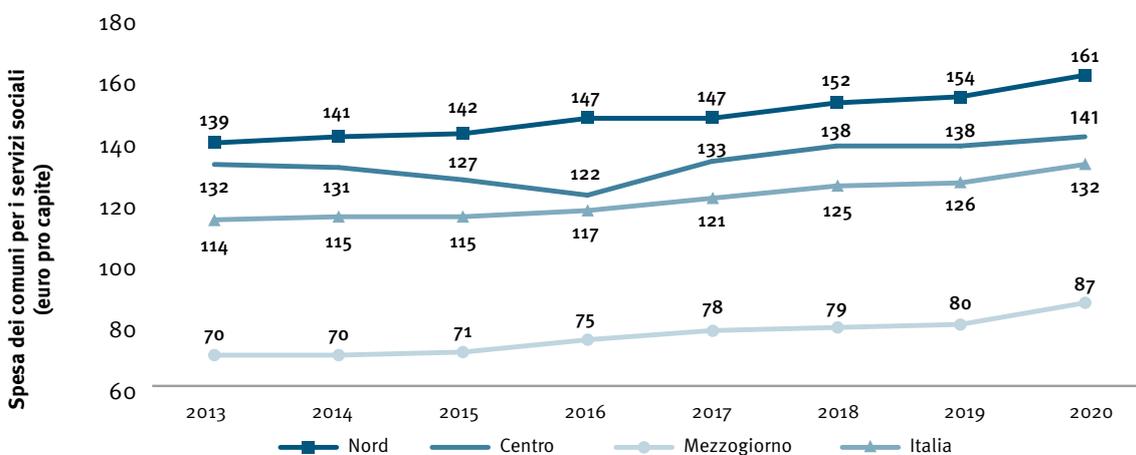
Nell'ultimo anno la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è pari a 132 euro (era di 114 euro pro capite nel 2013) con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica (Figura 2): nel Mezzogiorno è pari a 87 euro, circa la metà del dato registrato al Nord (161 euro).

I divari a livello territoriale appaiono strutturali, con un Nord sempre al di sopra del resto del Paese, un Centro che insegue ed un Mezzogiorno perennemente in affanno, con valori mai superiori agli 80 euro pro capite, ad eccezione proprio dell'ultimo anno.

In particolare, scendendo a livello regionale, si riscontrano dati davvero eterogenei: dai 28 euro pro capite della Calabria ai 413 euro per abitante del Trentino-Alto Adige (Figura 3).

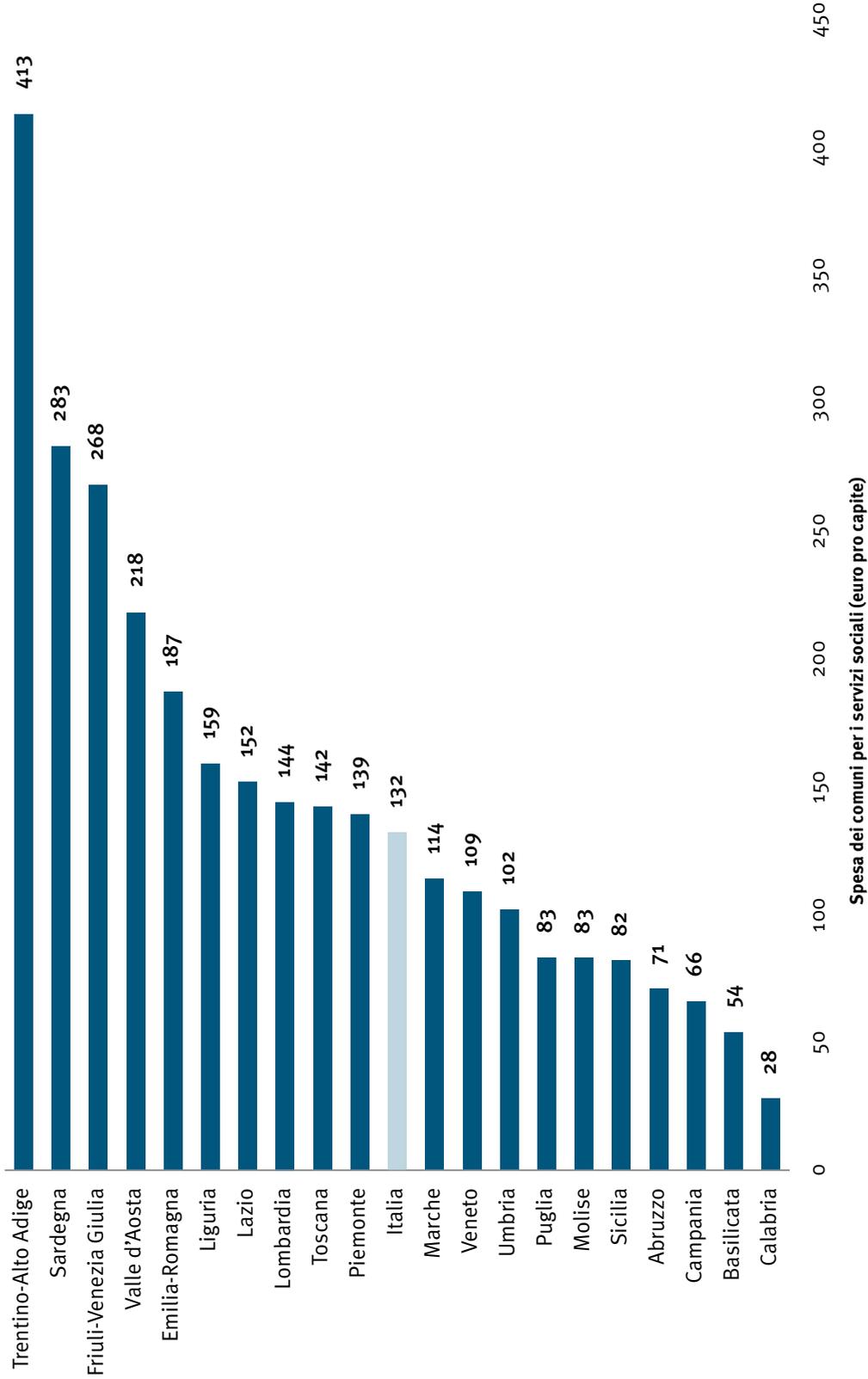
Tutte le regioni del Mezzogiorno si trovano a fondo classifica con dati medi inferiori agli 85 euro pro capite di spesa dei comuni per servizi sociali, l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna che, con 283 euro di uscite per cittadino, è seconda a livello nazionale.

Figura 2. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per ripartizione geografica, 2013-2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Figura 3. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per regione, 2020

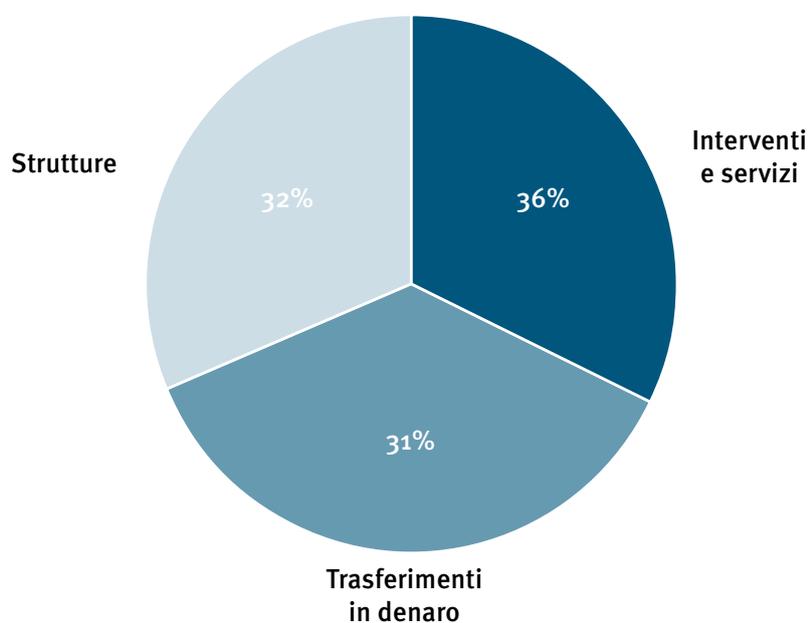


Fonte: elaborazioni IFEU-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

4.2. Le tipologie di spesa e le aree di utenza

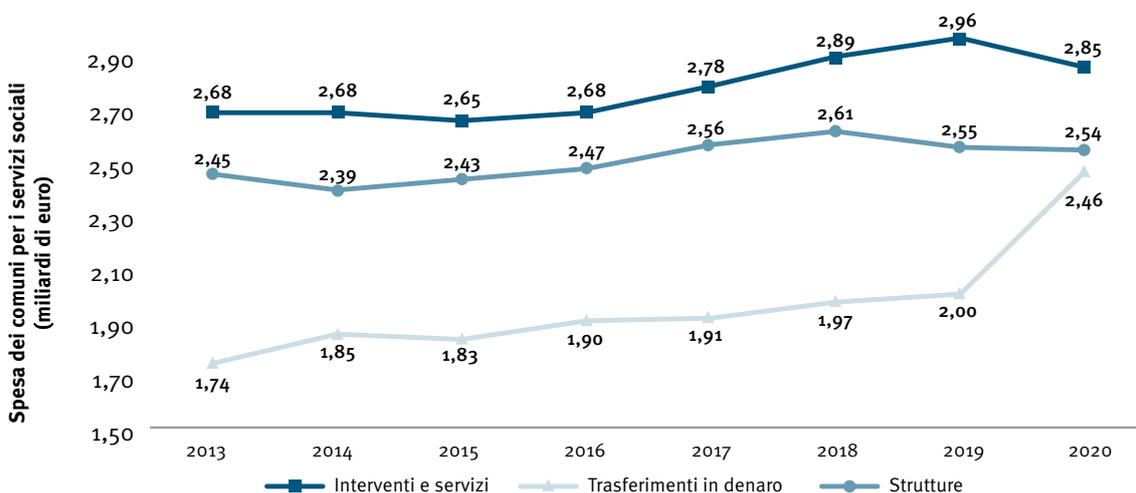
Nel 2020 il 36% della spesa dei comuni per i servizi sociali è utilizzata per interventi e servizi, il 32% viene assorbita dalle strutture, mentre la restante parte (31%) è costituita dai trasferimenti in denaro (Figura 4).

Figura 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per tipologia di spesa, 2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Tale composizione percentuale è piuttosto stabile negli anni ma fino al 2019, perché nel 2020 si registra un balzo improvviso della spesa erogata sotto forma di trasferimenti in denaro, aumentati rispetto all'anno precedente del 22,7% (Figura 5). Al contrario, le altre due voci subiscono una lieve flessione nel passaggio dal 2019 al 2020: un -3,7% le spese per gli interventi e servizi, che si attestano a 2,85 miliardi ed un -0,8% le spese per le strutture, a circa 2,54 miliardi di euro.

Figura 5. Spesa dei comuni per i servizi sociali (miliardi di euro), per tipologia di spesa, 2013-2020

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Nel periodo analizzato, ossia il 2013-2020, le spese dei comuni per i servizi sociali hanno un andamento differente anche in base all'area di utenza alla quale sono indirizzati. Come prima anticipato, a livello complessivo la variazione percentuale della spesa è pari al 14,4%, ma varia da un minimo del -33,5% nel caso delle dipendenze da alcol e droga, fino ad un massimo del +95% per la povertà ed il disagio di adulti e senza dimora. La spesa per tale categoria di utenti non è cresciuta progressivamente come avvenuto per gli immigrati, i Rom, i Sinti e i Caminanti, ma è balzata a improvvisamente a 959 milioni di euro nel 2020, quasi raddoppiando rispetto all'anno precedente (Tabella 1).

Si rileva, inoltre, un preoccupante decremento della spesa per anziani pari al -7,1% nel periodo di tempo esaminato, un dato in controtendenza con il progressivo invecchiamento della popolazione in Italia.

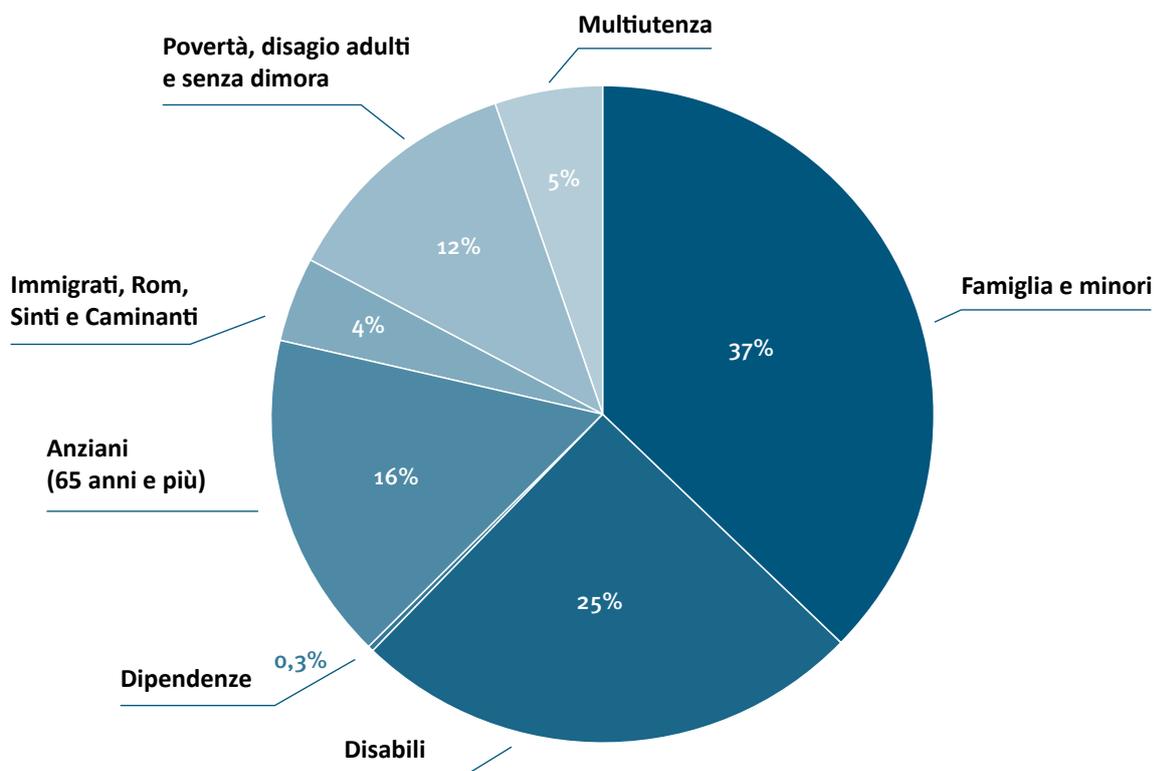
Tabella 1. Spesa dei comuni per i servizi sociali (milioni di euro), per area di utenza, 2013-2020

Area di utenza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Var. % 2013/2020
Famiglia e minori	2.684	2.669	2.670	2.732	2.763	2.837	2.860	2.898	8,0%
Disabili	1.724	1.742	1.761	1.796	1.875	2.005	2.087	1.963	13,9%
Dipendenze	32	29	26	27	25	25	23	21	-33,5%
Anziani (65 anni e più)	1.341	1.359	1.277	1.239	1.304	1.288	1.267	1.245	-7,1%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	200	247	282	339	348	352	330	337	68,2%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	492	488	513	535	536	563	555	959	95,0%
Multiutenza	390	386	383	387	398	401	401	425	8,9%
Totale	6.863	6.919	6.912	7.055	7.248	7.472	7.522	7.848	14,4%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Le variazioni percentuali relative alle dipendenze, agli immigrati e alla povertà sono di grande entità ma di fatto si riferiscono ad aree di utenza che non rappresentano i principali target di intervento delle spese dei comuni. Nel 2020, infatti, le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (37%), alle persone con disabilità (25%) e agli anziani (16%), ossia ai residenti che abbiano compiuto almeno 65 anni di età (Figura 6).

Figura 6. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per area di utenza, 2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Questa evidenza appare poco differenziata a livello territoriale (Tabella 2): in particolare il Nord mostra percentuali quasi sovrapponibili alla media nazionale ed il Centro si discosta maggiormente rispetto alla media italiana nell'area famiglie/minori (41,3% della spesa contro il 36,9%). Il Mezzogiorno si differenzia, invece, dal resto del Paese soprattutto per le spese destinate ai disabili e all'area povertà facendo registrare le percentuali più alte rispetto alle altre ripartizioni geografiche: per la disabilità concentra il 30,2% delle spese, contro circa il 23% del Nord e del Centro, mentre per la povertà concentra quasi il 15% delle spese contro una media dell'11-12% del resto dell'Italia.

Tabella 2. La spesa dei comuni per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per area di utenza e ripartizione geografica, 2020

Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Famiglia e minori	1.631.754.814	685.997.579	580.383.486	2.898.135.879
Disabili	1.046.280.771	388.686.146	528.012.441	1.962.979.358
Dipendenze	13.226.324	3.808.032	4.417.803	21.452.159
Anziani (65 anni e più)	777.284.857	249.730.170	217.899.195	1.244.914.222
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	189.544.894	64.802.676	82.536.836	336.884.406
Povertà, disagio adulti e senza dimora	501.896.472	196.138.495	260.724.683	958.759.650
Multiutenza	276.783.374	71.649.417	76.711.764	425.144.555
Totale	4.436.771.506	1.660.812.515	1.750.686.208	7.848.270.229
Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Famiglia e minori	36,8%	41,3%	33,2%	36,9%
Disabili	23,6%	23,4%	30,2%	25,0%
Dipendenze	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%
Anziani (65 anni e più)	17,5%	15,0%	12,4%	15,9%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	4,3%	3,9%	4,7%	4,3%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	11,3%	11,8%	14,9%	12,2%
Multiutenza	6,2%	4,3%	4,4%	5,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

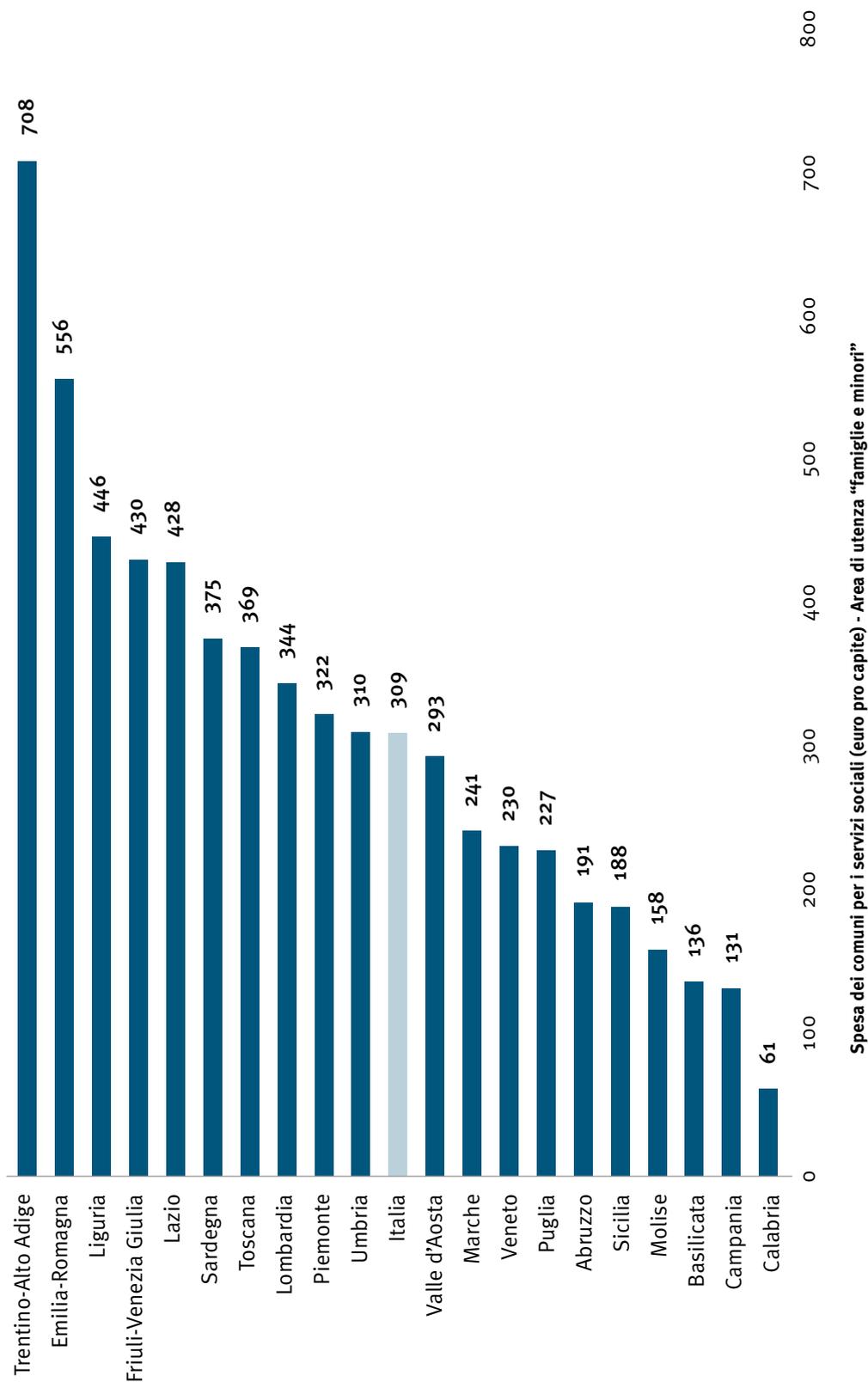
Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Volendo approfondire le differenze nei livelli di spesa sociale dei comuni a livello territoriale è riportata una batteria di figure con i dati di spesa pro capite per alcune aree di utenza e per regione. Si precisa che i valori pro capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza, ossia:

- per l'area famiglie e minori il numero di residenti di età compresa fra 0 e 17 anni;
- per l'area disabili il numero di persone con età inferiore di 65 anni con "gravi limitazioni", che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone svolgono abitualmente;
- per l'area anziani il numero di residenti con 65 anni e più;
- per l'area immigrati, Rom, Sinti e Caminanti il numero di residenti stranieri;
- per l'area povertà, disagio adulti e senza dimora il numero di residenti tra i 18 e i 64 anni.

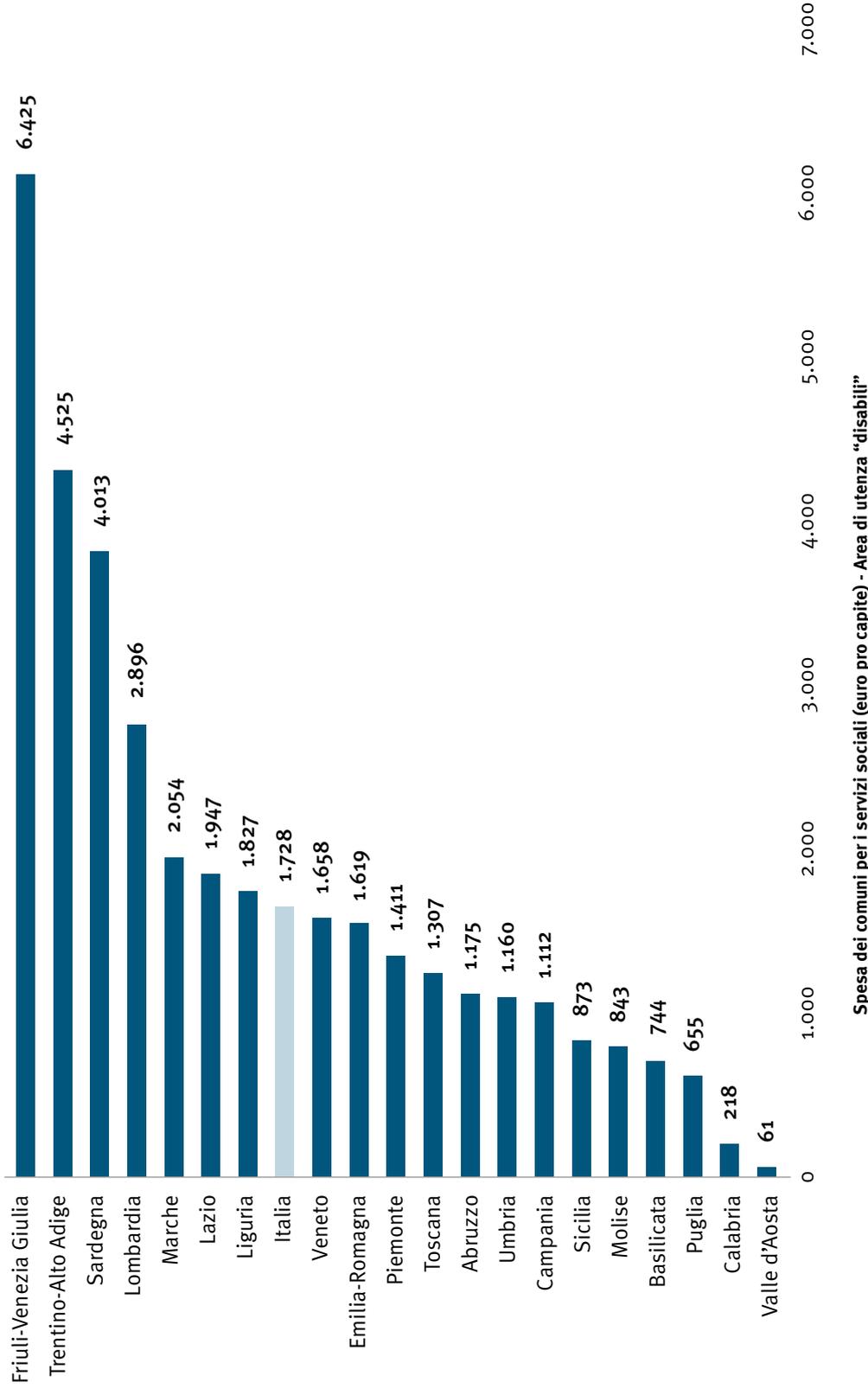
Per l'area famiglie e minori le spese pro capite dei comuni variano dai 61 euro della Calabria ai 708 euro del Trentino-Alto Adige, con una media nazionale di 309 euro (Figura 7.a). Per l'area disabili la media italiana si attesta a quota 1.728 euro pro capite con un picco superiore ai 6mila euro pro capite per i comuni del Friuli-Venezia Giulia (Figura 7.b). La spesa per gli utenti anziani è pari invece a 90 euro pro capite con punte di oltre 600 euro e 700 euro per i comuni della Valle d'Aosta e del Trentino-Alto Adige rispettivamente (Figura 7.c). Per gli immigrati il valore medio comunale di spesa è pari a 66 euro pro capite, con un massimo di circa 300 euro in Molise, un dato probabilmente influenzato dalla ridotta presenza di stranieri sul territorio (Figura 7.d). Infine, la spesa per povertà, disagio adulti e senza dimora che si attesta a 27 euro pro capite come media comunale, con il massimo raggiunto dai comuni sardi a quota 94 euro (Figura 7.e).

Figura 7.a La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "famiglie e minori", per regione, 2020



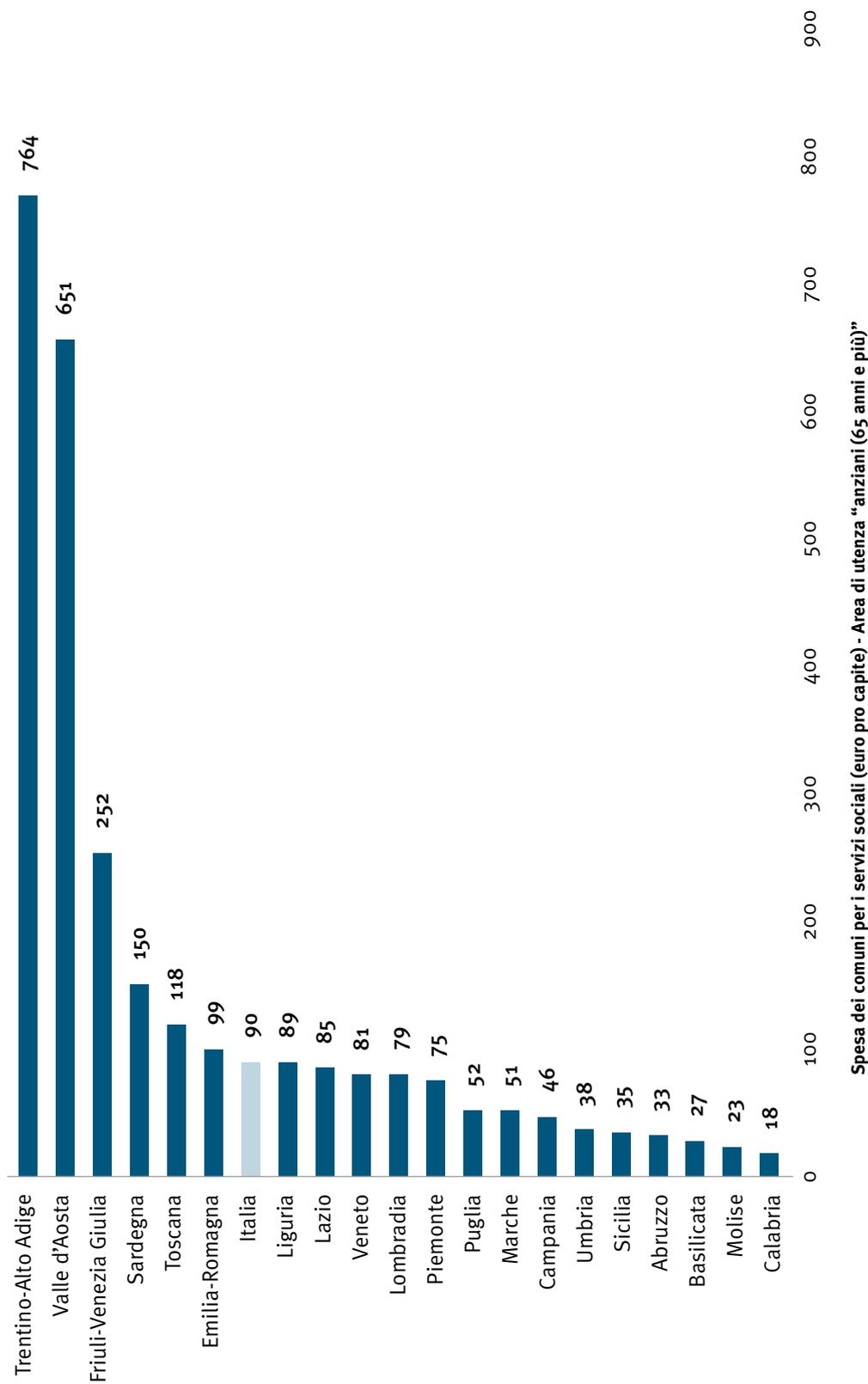
Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Figura 7.b La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "disabili", per regione, 2020



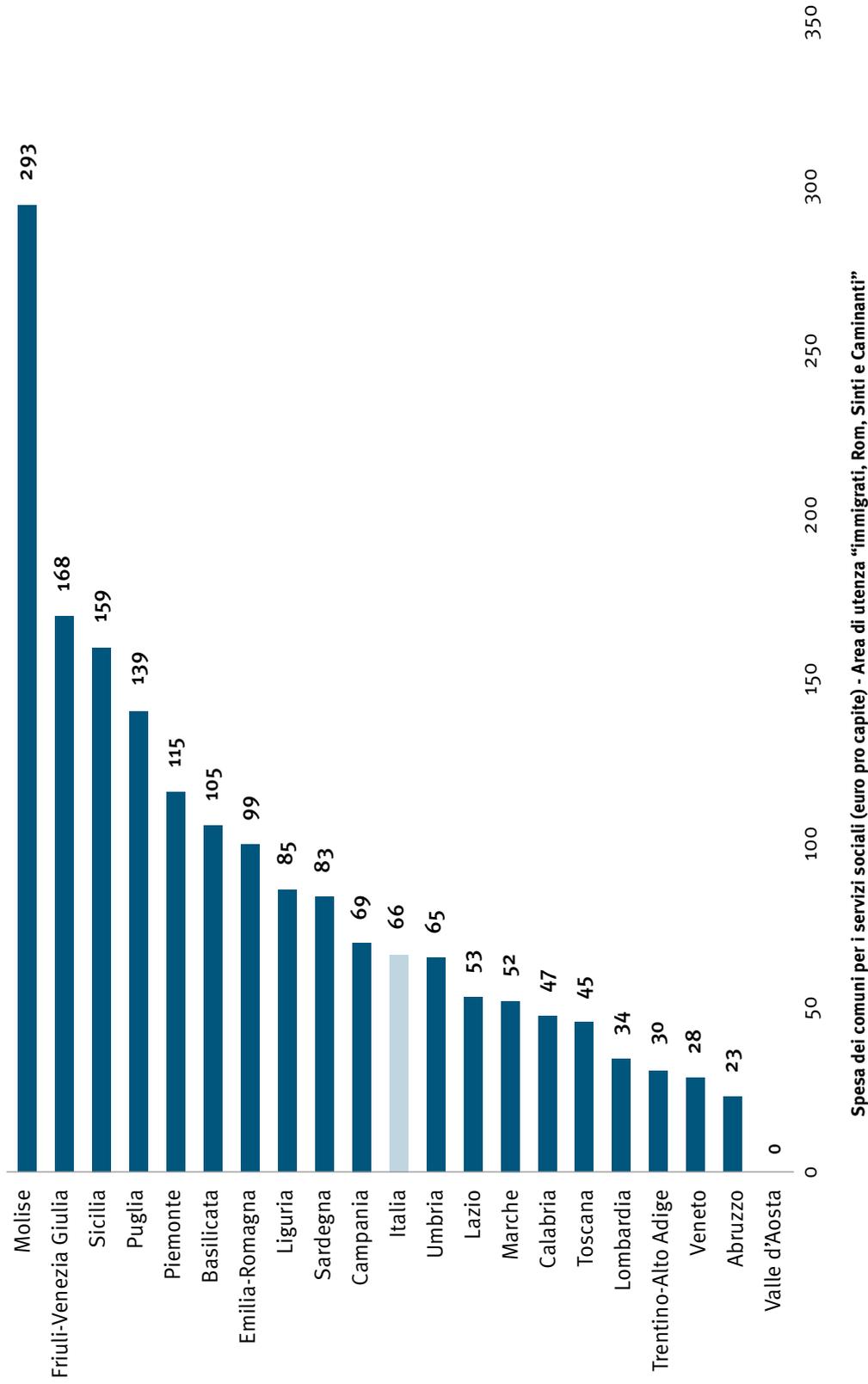
Fonte: elaborazioni IFEU-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Figura 7.c La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "anziani (65 anni e più)", per regione, 2020



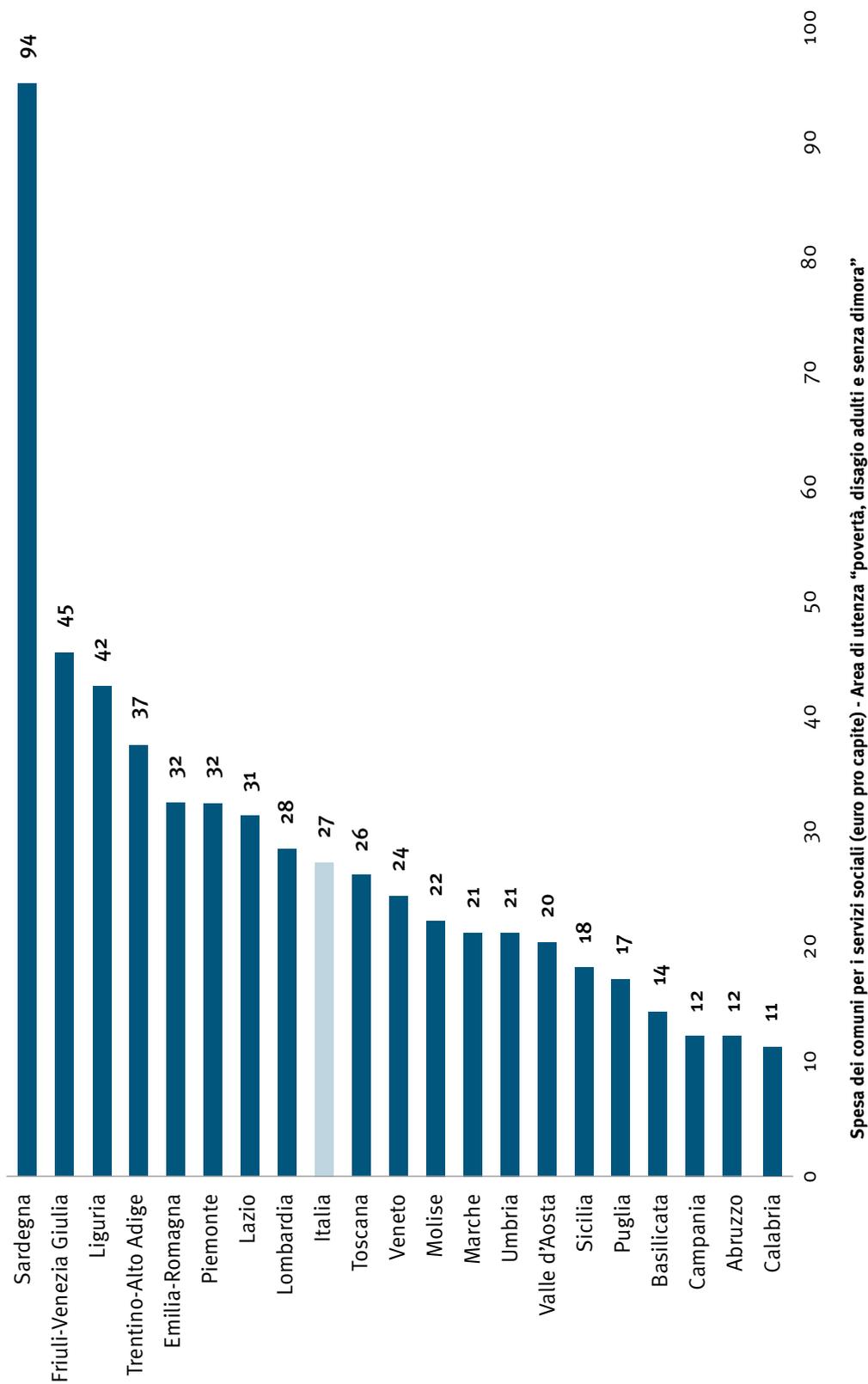
Fonte: elaborazioni IFEEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Figura 7.d La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "immigrati, Rom, Sinti e Caminanti", per regione, 2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Figura 7. e La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "povertà, disagio adulti e senza dimora", per regione, 2020

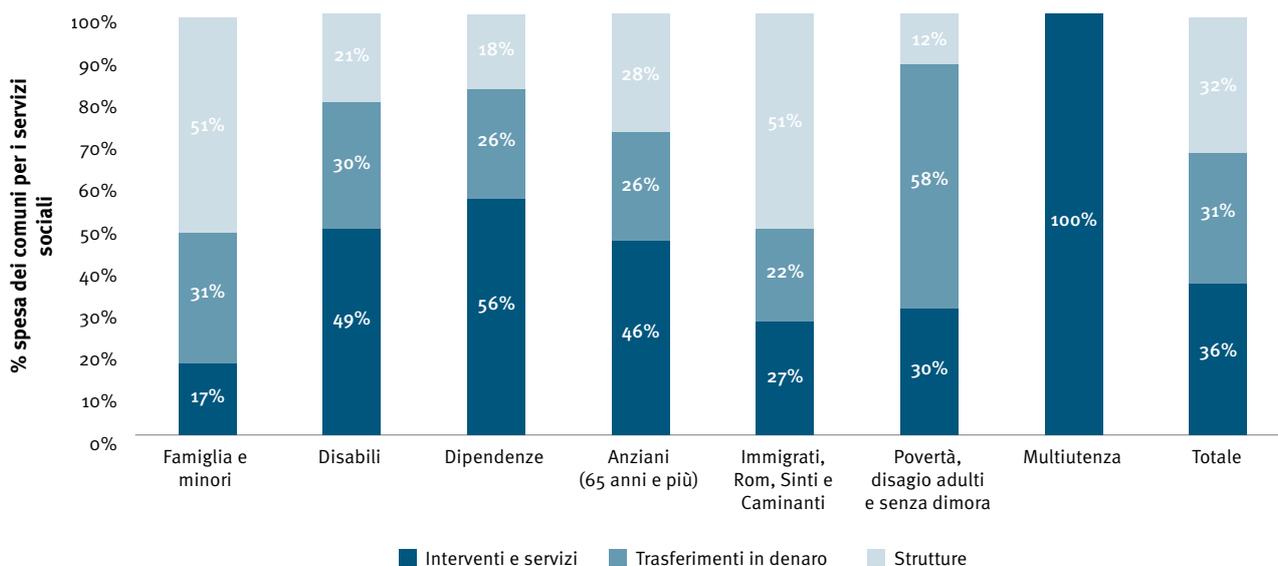


Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) - Area di utenza "povertà, disagio adulti e senza dimora"

Fonte: elaborazioni IFEEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Incrociando i dati delle tipologie di spesa (interventi/strutture/trasferimenti in denaro) per area di utenza emerge come (Figura 8) oltre la metà della spesa per famiglie e minori e immigrati sia dedicata alle strutture (51% in entrambi i casi); situazione diversa per disabili, dipendenze e anziani, aree di utenza per le quali circa la metà delle risorse si concretizza in interventi e servizi. Per la povertà il 58% delle risorse è erogata sotto forma di trasferimenti di denaro.

Figura 8. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per area di utenza e tipologia di spesa, 2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Degli oltre 7,8 miliardi di euro di spese dei comuni per servizi sociali nel 2020, 5,3 miliardi hanno l'amministrazione comunale come ente gestore (Tabella 3). Si tratta a livello nazionale di oltre il 68% del totale. La seconda tipologia di ente gestore è il distretto/ambito/zona sociale, con 1 miliardo di euro, pari a circa il 14% della spesa. Tali percentuali differiscono lievemente per ripartizione geografica: si segnala in particolare come nel Centro cresca la quota di spesa gestita direttamente dai comuni che raggiunge il 78,4%, mentre nel Mezzogiorno spicca il 25,7% della spesa sociale in capo a distretti/ambiti/zone sociali.

Tabella 3. La spesa dei comuni per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per tipologia di ente gestore e ripartizione geografica, 2020

Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Comune	2.767.788.936	1.301.268.478	1.286.655.272	5.355.712.686
Distretto / Ambito / Zona sociale	522.294.071	106.734.626	450.766.106	1.079.794.803
Comunità montana	7.633.083	10.775.570	0	18.408.653
Consorzio	447.714.774	180.193.712	10.239.126	638.147.612
Azienda sanitaria	59.267.794	19.946.478	0	79.214.272
Unione di comuni	226.169.514	24.155.806	3.025.704	253.351.024
Altra associazione di comuni	405.903.334	17.737.845	0	423.641.179
Totale	4.436.771.506	1.660.812.515	1.750.686.208	7.848.270.229
Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Comune	62,4%	78,4%	73,5%	68,2%
Distretto / Ambito / Zona sociale	11,8%	6,4%	25,7%	13,8%
Comunità montana	0,2%	0,6%	0,0%	0,2%
Consorzio	10,1%	10,8%	0,6%	8,1%
Azienda sanitaria	1,3%	1,2%	0,0%	1,0%
Unione di comuni	5,1%	1,5%	0,2%	3,2%
Altra associazione di comuni	9,1%	1,1%	0,0%	5,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Analizzando la distribuzione delle spese sociali per aree di utenza tra le diverse tipologie di enti gestori (Tabella 4) spicca l'alto coinvolgimento dei comuni per gli immigrati (80,6%) e la povertà (76,6%), così come quello dei distretti/ambiti/zone sociali per l'area disabili (19,6%) e le dipendenze (16,4%) e quello dei consorzi per gli anziani (11,6%).

Tabella 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2020

Area di utenza	Comune	Distretto/ Ambito Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda sanitaria	Unione di comuni	Altra associa- zione di comuni	Totale
Famiglie e minori	77,6%	9,7%	0,1%	5,4%	0,5%	3,0%	3,7%	100,0%
Disabili	60,1%	19,6%	0,4%	9,9%	2,7%	2,6%	4,7%	100,0%
Dipendenze	63,9%	16,4%	0,4%	3,0%	0,9%	3,2%	12,2%	100,0%
Anziani (65 anni e più)	53,7%	14,8%	0,2%	11,6%	0,6%	4,6%	14,5%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	80,6%	8,2%	0,4%	7,1%	0,0%	2,8%	0,9%	100,0%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	76,6%	11,3%	0,2%	6,4%	0,2%	2,7%	2,6%	100,0%
Multiutenza	56,3%	21,5%	0,5%	13,4%	0,3%	5,1%	2,9%	100,0%
Totale	68,3%	13,8%	0,2%	8,1%	1,0%	3,2%	5,4%	100,0%

Fonte: Istat, 2023

Nel quadro della gestione della spesa, anche alla luce di quanto è accaduto con l'epidemia da Covid-19, la scelta di aprire una finestra sulle azioni dedicate agli anziani pare obbligata. E, in particolare, a fronte di una previsione Istat di crescita della popolazione anziana nei prossimi dieci anni del 17,9% (16,7 milioni di *over65* nel 2033), ci si chiede se strutture e servizi siano orientati verso questo cambiamento demografico di non poco conto.

Di seguito si forniranno alcuni spunti sulla

gestione della spesa dei comuni riguardo a due aspetti importanti della fascia anziani: residenzialità e domiciliarità. Rispetto alla residenzialità, come si evince dalla Tabella 5 di fonte Istat, quello che preoccupa è sia la copertura che in alcune regioni, specialmente nel Sud, i comuni riescono a garantire sul proprio territorio di strutture residenziali per anziani e, ancor di più, il basso indicatore di presa in carico ogni 100 persone potenzialmente utenti.

Tabella 5. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale (a) nell'area anziani: indicatori territoriali, 2020

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	100,0%	0,7
Valle d'Aosta	87,8%	3,4
Liguria	98,3%	0,9
Lombardia	90,2%	1,4
Trentino-Alto Adige	100,0%	3,5
Veneto	90,6%	1,2
Friuli-Venezia Giulia	97,7%	1,7
Emilia-Romagna	83,8%	1,3
Toscana	94,5%	0,8
Umbria	95,7%	0,3
Marche	71,8%	0,5
Lazio	84,9%	0,7
Abruzzo	82,0%	0,8
Molise	89,0%	1,6
Campania	73,5%	0,5
Puglia	89,9%	0,5
Basilicata	67,9%	0,7
Calabria	40,6%	0,4
Sicilia	59,0%	0,6
Sardegna	83,0%	1,7
Nord-Ovest	94,7%	1,1
Nord-Est	91,3%	1,5
Centro	85,6%	0,7
Sud	70,6%	0,6
Isole	70,8%	0,9
Italia	85,1%	1,0

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-Est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della Provincia di Bolzano.

(c) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 64 anni.

Fonte: Istat, 2023

Rispetto invece alla domiciliarità, la distribuzione della spesa che i comuni attuano in tale ambito, su tutte le utenze, tiene conto ovviamente del peso dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale mentre, anche alla luce delle difficoltà incontrate nella gestione del Covid, sono limitate quelle per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari e pressoché nulla quella relativa a telesoccorso e teleassistenza (Tabella 6).

Tabella 6. L'assistenza domiciliare: spesa dei comuni singoli e associati per tipo di prestazione, per regione e per ripartizione geografica, 2020 (valori percentuali)

Regioni e ripartizioni geografiche	Prestazione		
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buon vicinato)
VALORI PERCENTUALI			
Piemonte	31,2	23,1	0,6
Valle d'Aosta	91,6	4,5	1,6
Liguria	44,4	8,6	3,0
Lombardia	68,3	0,6	2,0
Trentino-Alto Adige	88,3	0,6	0,0
Veneto	39,4	19,6	0,1
Friuli-Venezia Giulia	33,6	0,4	0,3
Emilia-Romagna	57,5	19,1	0,2
Toscana	51,0	16,0	0,6
Umbria	54,1	17,5	2,7
Marche	50,8	5,0	0,2
Lazio	84,6	4,8	0,2
Abruzzo	60,5	15,1	0,0
Molise	81,5	0,1	0,0
Campania	52,3	10,6	0,0
Puglia	54,3	32,1	0,0
Basilicata	65,8	1,2	0,0
Calabria	61,7	10,5	0,1
Sicilia	68,7	16,0	0,0
Sardegna	60,8	6,3	0,0
Nord-Ovest	55,0	8,2	1,7
Nord-Est	53,0	10,8	0,1
Centro	71,8	8,3	0,5
Sud	55,8	16,6	0,0
Isole	62,6	8,6	0,0
Italia	60,0	10,2	0,5

Fonte: Istat, 2023

		Prestazione			
	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Altro	Totale
VALORI PERCENTUALI					
	0,5	39,8	4,0	0,8	100,0
	0,3	0,0	2,0	0,0	100,0
	0,7	40,2	2,4	0,7	100,0
	0,8	16,5	9,4	2,4	100,0
	0,2	1,8	9,1	0,0	100,0
	1,5	27,2	10,0	2,2	100,0
	0,0	56,8	8,6	0,3	100,0
	0,8	14,1	8,0	0,3	100,0
	0,2	26,3	4,5	1,4	100,0
	0,9	23,9	0,7	0,2	100,0
	0,6	40,3	0,6	2,5	100,0
	0,9	7,0	2,0	0,5	100,0
	1,4	22,2	0,1	0,7	100,0
	0,0	17,7	0,6	0,1	100,0
	0,5	34,0	0,2	2,4	100,0
	0,7	9,3	2,6	1,0	100,0
	0,4	30,8	1,5	0,3	100,0
	0,5	5,2	0,9	21,1	100,0
	0,0	10,2	0,4	4,7	100,0
	0,0	27,9	0,7	4,3	100,0
	0,7	26,1	6,7	1,6	100,0
	0,7	25,4	9,1	0,9	100,0
	0,7	15,4	2,4	0,9	100,0
	0,6	23,2	1,0	2,8	100,0
	0,0	23,8	0,6	4,4	100,0
	0,6	22,6	4,1	2,0	100,0

Considerando, poi, la presenza del servizio di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari specificamente interessata dagli anziani e la capacità di presa in carico, le cifre che Istat fornisce per il 2020 destano, guardando all'evoluzione che la fascia di anziani può avere, non poche preoccupazioni (Tabella 7) e rinviano alla ormai quarantennale letteratura sulla necessità di cure integrate sul territorio.

Non solo: guardando alla Componente 2 della Missione 6 del PNRR, "Casa come primo luogo di cura", e all'obiettivo fissato per il 2026 – almeno altre 800mila persone *over65* trattate in assistenza domiciliare (incremento di almeno il 10% della popolazione con 65 anni e più) – è intuibile lo sforzo che sarà necessario per avvicinarsi, almeno, a quanto prescritto dal PNRR.

Tabella 7. L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (a) nell'area anziani: indicatori territoriali, 2020

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	89,2%	0,6
Valle d'Aosta	21,6%	0,1
Liguria	12,0%	0,3
Lombardia	9,2%	0,1
Trentino-Alto Adige	7,8%	0,1
Veneto	69,6%	3,0
Friuli-Venezia Giulia	20,5%	-
Emilia-Romagna	34,8%	0,5
Toscana	68,1%	0,5
Umbria	51,1%	0,4
Marche	5,3%	-
Lazio	37,0%	0,1
Abruzzo	36,4%	0,1
Molise	2,2%	-
Campania	51,1%	0,2
Puglia	74,7%	0,3
Basilicata	13,0%	-
Calabria	21,8%	0,1
Sicilia	35,1%	0,1
Sardegna	14,6%	0,1
Nord-Ovest	41,3%	0,3
Nord-Est	44,3%	1,4
Centro	39,7%	0,3
Sud	38,8%	0,2
Isole	25,0%	0,1
Italia	39,4%	0,5

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

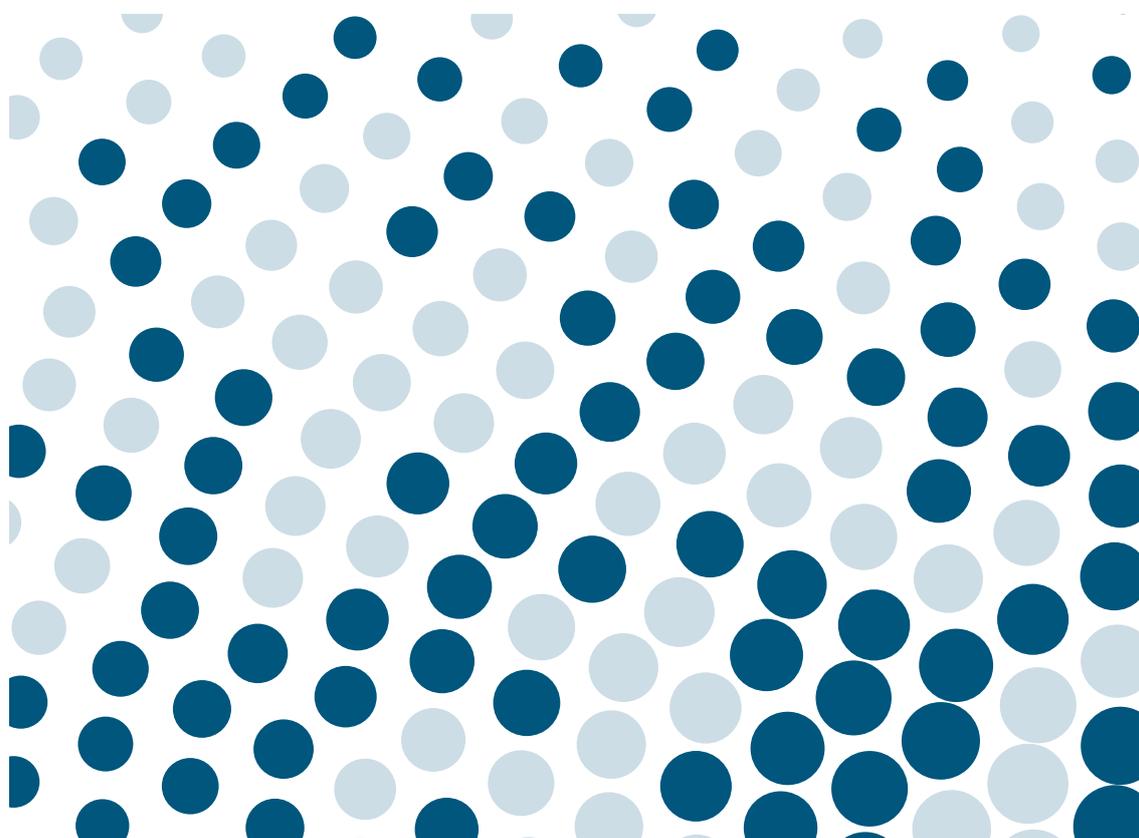
(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-Est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della Provincia di Bolzano.

(c) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 64 anni.

Fonte: Istat, 2023

Capitolo 5

Visione One Health



5.1. One Health

Tra i tanti termini che la pandemia ha inserito nel linguaggio comune ci sono sicuramente resilienza e *One Health*. Per quanto riguarda quest'ultima, per avere una definizione condivisa si è fatto riferimento a quella fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: «*One Health* è un approccio integrato e unificante per bilanciare e ottimizzare la salute delle persone, degli animali e dell'ambiente. È particolarmente importante prevenire, prevedere, individuare e rispondere alle minacce sanitarie globali come la pandemia di Covid-19. L'approccio mobilita molteplici settori, discipline e comunità a diversi livelli della società per lavorare insieme. In questo modo si sviluppano idee nuove e migliori che affrontano le cause profonde e creano soluzioni sostenibili a lungo termine. *One Health* coinvolge i settori della sanità pubblica, veterinaria, sanità pubblica e ambientale. L'approccio *One Health* è particolarmente rilevante per la sicurezza alimentare e idrica, la nutrizione, il controllo delle zoonosi (malattie che possono

diffondersi tra gli animali e l'uomo, come l'influenza, la rabbia e la febbre della *Rift Valley*), la gestione dell'inquinamento e la lotta alla resistenza antimicrobica (l'emergenza di microbi resistenti alla terapia antibiotica)»⁵⁹.

Una definizione che comprende l'intero pianeta e coinvolge tutti gli attori, animati o meno, che lo abitano. Per questo motivo la divisione in paragrafi di questo Capitolo è solo finalizzata a fornire qualche spunto e certo non a dividere in compartimenti stagni questioni che, per definizione, sono interconnesse.

Vengono presi in considerazione solo alcuni degli aspetti che più direttamente interessano il Paese quali i cambiamenti climatici, la rigenerazione urbana, la prevenzione, in sostanza, ciò che appare più legato all'ambito della salute, alle azioni necessarie al preservare più che al curare.

59. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health>

5.2. Salute e cambiamento climatico nelle città

Un'immagine evidente di come le azioni dell'uomo, in particolare l'inquinamento atmosferico, intervengano sul pianeta è data dalle rilevazioni satellitari del programma europeo *Copernicus-Sentinel-5P* relative agli inquinanti, pubblicate durante il periodo di *lockdown* con il blocco della mobilità e di molte attività industriali. Tali dati, studiati dai ricercatori di vari istituti in Europa⁶⁰, mostrano in maniera assolutamente evidente, nella differenza del colore che indica la coltre di inquinamento atmosferico che sovrasta normalmente i cieli delle città europee, l'effetto del blocco per l'emergenza Coronavirus nella riduzione dello stesso con immagini quasi prive delle "nubi" classiche della concentrazione di gas nocivi.

L'inquinamento atmosferico continua a rappresentare una minaccia significativa per la salute globale. Il Rapporto *Air Quality Life - AQLI*⁶¹ 2023 indica che i livelli di inquinamento del 2021 tolgono 2,3 anni dalla media aspettativa di vita globale rispetto ad una condizione della qualità dell'aria che dovesse soddisfare le linee guida OMS, al pari dell'impatto sull'aspettativa di vita derivante dal consumo di tabacco, dall'HIV/AIDS o dalle carenze nutrizionali.

Per quanto riguarda invece il cambiamento climatico, si assiste ad un processo globale che è frutto delle attività umane e che procede molto più velocemente rispetto al passato. Il clima sta cambiando ovunque e le ultime alluvioni in Emilia-Romagna, Marche

e Toscana hanno convinto probabilmente anche chi avesse qualche dubbio e inserisse questi fenomeni nel normale andamento delle stagioni.

I cambiamenti climatici hanno un impatto importante sulla nostra salute poiché sconvolgendo gli equilibri del pianeta cambiano anche quelli di tutti gli esseri viventi che lo abitano. Essi hanno effetti evidenti sulla salute degli umani: abbiamo iniziato con il dotarci di strumenti di monitoraggio rispetto alle ondate di calore e adesso sappiamo che il clima può avere effetti anche sulle malattie infettive portate dai vettori. Malattie che si pensavano debellate, come la malaria, ritornano, altre tipiche di aree tropicali del pianeta vengono diagnosticate nel nostro Paese (dengue, chikungunya, febbre del *West Nile*), si allunga la stagione dell'impollinazione che aumenta la sensibilizzazione, e così via. A questi aspetti va aggiunto il problema delle malattie zoonotiche ed emergenti che dipendono sostanzialmente dai comportamenti umani, dal modello di sviluppo legato, per esempio, agli allevamenti intensivi.

E queste "novità" dal punto di vista sanitario significano anche che, trattandosi di malattie sconosciute in Italia, è più difficile fare diagnosi ed è quindi necessario insegnare ai medici in servizio e addestrarli a riconoscerle. Gli eventi meteorologici estremi a cui ci stiamo abituando, in larga parte attribuibili ai cambiamenti climatici in atto, confermano che occorre agire prontamente e con decisione, così come è stato fatto per affrontare la crisi sanitaria. Peraltro, le due crisi mostrano alcuni aspetti analoghi:

- all'inizio sono invisibili e hanno un periodo di incubazione che ne maschera la gravità estrema;
- sono pervasive perché finiscono per riguardare l'intero pianeta;
- colpiscono tutti ma, in particolare e con

60. <https://www.arpat.toscana.it/hotizie/hotizie-brevi/2020/lockdown-e-inquinamento-atmosferico-in-europa>

61. "Air Quality Life Index 2023", Annual report, by Michael Greenstone and Christa Hasenkopf, https://aqli.epic.uchicago.edu/wp-content/uploads/2023/08/AQLI_2023_Report-Global.pdf

maggior violenza, le categorie più fragili e disagiate;

- le soluzioni possibili devono coincidere con grandi cambiamenti a scala globale.

Le attività umane hanno inciso talmente tanto sul delicato equilibrio del pianeta che sono cambiati i connotati stessi dell'ambiente com'era anche solo un secolo fa.

L'approccio *One Health* punta ad uno sguardo più inclusivo e integrato sui rapporti tra l'essere umano, gli altri animali e l'ambiente nel suo complesso.

5.3. Rigenerazione urbana

La rigenerazione urbana, rispetto ai più classici paradigmi di riferimento per l'azione sulla città, si occupa di promuovere il miglioramento dell'ambiente urbano attraverso la gestione integrata degli aspetti fisici e degli aspetti sociali e sostenendo l'attivazione dell'intelligenza collettiva nei territori più densi di popolazione. Infatti, alla maggior complessità dei problemi e delle criticità sotto il profilo sociale, ambientale, economico, corrisponde una crescente disponibilità di tecnologie e competenze attivabili. Non a caso, la rigenerazione urbana costituisce uno dei campi applicativi più importanti, tra quelli individuati dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile⁶², per sperimentare soluzioni capaci di mettere alla prova alcuni concetti chiave che segnano significativamente il dibattito contemporaneo sull'innovazione sostenibile.

Si tratta di innovazioni dall'approccio particolarmente importante, rispetto ai paradigmi di intervento tradizionale, e ricche di implicazioni per la modellizzazione degli interventi relativi all'area urbana. È il motivo per cui si parla sempre più diffusamente di *Resilient City*, *Circular City* e *Smart City*.

Molte città hanno avviato azioni concrete di adattamento e miglioramento dei sistemi insediativi per gestire i cambiamenti climatici, a partire dalla rigenerazione di quartieri e parti di città. L'esempio più virtuoso è rappresentato dalla rete urbana transnazionale *C40 Cities* che dal 2005 connette 96 tra le città più influenti del mondo e si concentra sulla lotta al cambiamento climatico e sulla promozione di azioni urbane che riducano le emissioni di gas serra e rischi climatici. Azioni che aumentano la salute, il benessere e le opportunità economiche dei cittadini urbani.

Negli anni l'elenco dei *network* urbani che individuano soluzioni e azioni per l'adattamento delle città ai cambiamenti climatici si è allungato ed è cresciuto il numero di città che stanno producendo cultura tecnica, sapere diffuso e partecipazione attiva delle comunità rispetto i temi afferenti al riscaldamento globale e ai suoi effetti sui sistemi urbani.

Le città per adattarsi ai nuovi profili climatici sono chiamate ad individuare prima le proprie vulnerabilità e a costruire quindi percorsi strategici di adattamento ripartendo e dialogando tra diversi strumenti urbanistici, valorizzandone l'aspetto sostenibile.

Al fine di garantire una gestione ottimale del processo, diviene necessario aumentare la capacità di lettura dei territori e al contempo organizzare un monitoraggio integrato tra i diversi strumenti di governo, in modo tale da valutare l'efficacia delle azioni di adattamento realizzate.

La difficile fase di adattamento delle città implica una modifica dei territori esistenti, attrezzandola in termini di resilienza nei confronti delle nuove esternalità climatiche. Per questo è necessario che le amministrazioni locali, ma non solo, possano disporre di un sistema informativo territoriale integrato e condiviso, agganciato a strumenti urbanistici

62. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health>

che garantiscano la possibilità di revisioni continue.

Le amministrazioni locali, inoltre, possono agire a vari livelli per contrastare gli impatti del clima. Tuttavia, la dimensione più efficace per aumentare la resilienza urbana è proprio la trasformazione della città esistente attraverso il progetto di adattamento e riqualificazione dello spazio pubblico. Infatti, i comuni hanno la possibilità di intervenire su piccoli e grandi spazi urbani come piazze e parcheggi, ma anche su quartieri degradati, comparti produttivi dismessi e infrastrutture di trasporto, scali ferroviari, aeroporti, ecc., introducendo, dove manca, il verde pubblico, creando giardini della pioggia, strade alberate e ombreggiate, parchi urbani inondabili fino alla realizzazione dei più complessi ecoquartieri. Tutte queste soluzioni, basate sulla natura, seguono due semplici ma fondamentali strategie: mantenere e restituire permeabilità ai suoli urbani e introdurre la vegetazione che agisce contemporaneamente sulla gestione sostenibile delle acque, il miglioramento del microclima, il contrasto all'isola di calore e la rimozione degli inquinanti atmosferici. E, poiché la capillarità degli interventi è fondamentale nel determinare l'efficacia delle azioni di adattamento, anche gli interventi a cura di privati e cittadini sono determinanti.

La resilienza climatica si può costruire negli spazi pubblici della città con interventi di tipo ingegneristico, infrastrutture grigie o attraverso le cosiddette *nature-based solutions*, soluzioni basate sulla natura che sono da preferirsi in quanto risultano più performanti sotto molti punti di vista e assolvono contemporaneamente a più funzioni: assorbimento degli inquinanti, stoccaggio dei gas climalteranti, abbassamento delle temperature, intercettazione delle acque piovane, attrattività delle attività sociali e ludiche, ecc. Gli spazi pubblici interessati dagli interventi sono le piazze, le strade, i

parcheggi, i giardini, i parchi, le aree verdi residuali.

A qualsiasi scala si associno i processi e le azioni di adeguamento climatico e miglioramento ambientale da intraprendere nei processi di rigenerazione urbana, non c'è dubbio che la città pubblica sia il luogo fisico destinato ad accogliere questi interventi e che la regia pubblica, sul piano urbanistico e del progetto, è lo strumento per la loro attuazione.

La città pubblica è lo spazio della socialità, dell'integrazione, dell'inclusione. È lo spazio nel quale i cittadini esercitano i propri diritti e le proprie libertà. È lo spazio in cui manifestare, incontrarsi, giocare, camminare e andare in bicicletta. E sono tante e diverse le qualità urbane necessarie affinché questi diritti al verde, al benessere, alla salute, all'accessibilità, alla camminabilità, alla mobilità attiva si realizzino e possano essere esercitate.

Le persone stanno bene in un luogo pubblico e si sentono al sicuro se si trovano in una condizione di comfort e di benessere fisico e psicologico e se hanno la possibilità di vivere momenti di socialità ed esperienze che ne stimolano e rinnovano la sensazione di appartenenza.

Stare bene nello spazio urbano è un'esigenza che può essere soddisfatta e progettata e che dipende dalla qualità ambientale percepita dalle persone, in termini di vivibilità e vitalità⁶³.

«Le città mantengono il loro ruolo di luoghi dove le dinamiche politiche, economiche e sociali concentrano i loro effetti: le innovazioni più significative, i maggiori benefici e, insieme, i danni più severi. Oggi viviamo una fase nuova rispetto agli esordi della globalizzazione quando sembrava

63. Brownlee et al., "Emergenza clima e qualità della vita nelle città", Franco Angeli, 2021.

inaugurarsi il “secolo delle città”. La crisi finanziaria dello scorso decennio ha mostrato i punti di fragilità di un modello di sviluppo dove la crescita sembrava non solo sostenuta ma addirittura “incondizionata”. Un modello nel quale proprio le città avevano assunto il ruolo di protagoniste. La pandemia e la guerra in Europa hanno ulteriormente alimentato uno scenario che sembra ormai aver assunto le crisi non come eventi straordinari e puntuali ma come elementi costitutivi del nostro futuro. Sviluppo economico, compatibilità ecologiche e coesione sociale sono divenute sfere legate tra loro: a questa interconnessione diamo il nome di “sostenibilità”. (...)

La rigenerazione urbana assume in questo scenario un ruolo centrale. Le sue matrici comuni e fondanti sono la riqualificazione, il riuso e il recupero del patrimonio edilizio all’interno di una “nuova relazione tra la comunità territoriale e l’ambiente che la circonda” improntata proprio ai canoni della sostenibilità. La rigenerazione urbana è rivolta alla tutela non solo del suolo ma anche del tessuto sociale. Guarda anche ai territori come strumento politico di riduzione delle disuguaglianze, di garanzia di pari dignità dei cittadini indipendentemente dalle zone in cui vivono. La necessità emergente di affrontare il tema del recupero urbano all’interno della città consolidata ha rafforzato la necessità di interpretare la rigenerazione urbana in termini integrati, con riferimento, ad esempio, alla questione della casa e all’uso dello spazio urbano. Si pongono altre e nuove questioni: pensare alla rigenerazione urbana attraverso la lente dei beni comuni e quindi a strumenti che possano favorire l’avvicinamento tra istituzioni e comunità»⁶⁴.

Rigenerare, quindi, significa anche ridare

64. “Riprendiamoci la città. Manuale d’uso per la gestione della rigenerazione urbana”, IFEL-Fondazione ANCI, Dossier e manuali, edizione 2023, <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/11492-riprendiamoci-la-citta-manuale-d-uso-per-la-gestione-della-rigenerazione-urbana>

senso e vivibilità ad interi quartieri della città mappandone le condizioni di salute e di benessere. E per fare questo è necessario integrare le conoscenze urbanistiche (presenza di verde, di fabbriche, mobilità, ecc.) con quelle sanitarie (situazione demografica ed epidemiologica) e quelle sociali (sicurezza, presenza di associazioni, ecc.) al fine di disporre del contesto e delle possibili leve da utilizzare per il miglioramento delle condizioni in una zona determinata della città.

5.4. Piani di prevenzione regionali

«Con le poche risorse di cui dispone il Servizio Sanitario Nazionale è necessario dare sempre di più impulso alla prevenzione delle malattie, incentivando vaccini e *screening*, ma anche sani stili di vita e corretta alimentazione. È la strada individuata dagli oltre 3.000 professionisti di Sanità Pubblica – provenienti da tutto il Mondo – che si sono riuniti nei giorni scorsi a Roma, per il 56° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), svolto in concomitanza con il Congresso Mondiale di Sanità Pubblica. Da tempo la SItI lancia l’allarme sulle poche risorse disponibili nel SSN e, di conseguenza, sulla necessità di investire nella prevenzione delle malattie, e sulla promozione della salute, attività che trovano la loro sede naturale nei Dipartimenti di Prevenzione destinati a diventare centrali nel coordinamento delle iniziative con i distretti. La presidente della Società di Igiene, Roberta Siliquini, ha ricordato come gli attuali investimenti sulla sanità in Italia siano i più bassi tra i Paesi OCSE e come, dopo il picco della spesa emergenziale dovuta alla pandemia, sia in atto un ridimensionamento e un contenimento della crescita della spesa sanitaria che proseguirà fino al 2024: “Il tema centrale però è sempre uno: la garanzia di tutte le attività preventive a livello del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Il nostro

Servizio potrà essere sostenibile solo se attueremo tutte quelle buone pratiche per ritardare o ridurre la morbosità di patologie infettive e cronico-degenerative. Quindi forte impulso va dato ai servizi della prevenzione, ai Dipartimenti della prevenzione, con le loro attività di prevenzione primaria, secondaria, *screening*, educazione alla salute, vaccinazione, educazione alimentare. E molto impulso va dato anche al ruolo centrale che i Distretti sanitari dovranno avere nell'organizzazione delle cure primarie e secondarie, anche in connessione con il sistema sociale". Al fine di raggiungere l'obiettivo di offerta di servizi efficaci, efficienti, resilienti e accessibili è necessario attuare programmi strategici mirati ad assicurare l'equità sanitaria, e questo passa attraverso un'attenta analisi, strutturale e culturale, del contesto di riferimento»⁶⁵.

In queste poche righe di intervento della presidente della SItI, Roberta Siliquini, del maggio scorso, sono condensate forse la maggior parte delle questioni legate al sistema di prevenzione nel nostro Paese. Tema della prevenzione che è legato indissolubilmente alla sostenibilità del SSN, ai Dipartimenti di prevenzione, ai Distretti e alle loro attività e connessione al sistema sociale.

Nel 2014, in piena discussione sulla sostenibilità del SSN, era già disponibile un ampio set di informazioni che indicava la via della prevenzione oggi per ridurre o tenere sotto controllo i costi di domani⁶⁶.

«Da un punto di vista di benessere collettivo la strategia ottimale dovrà, quindi, essere quella di disegnare politiche sanitarie che siano "dinamicamente efficienti", il che

implica creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani. L'adozione (oggi) di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare (domani) a una riduzione del numero di persone da curare. Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di parte corrente. Sarà, però, necessaria una decisa inversione di tendenza nell'allocazione dei fondi per la sanità in Italia, che con una quota inferiore all'1% della spesa complessiva, si colloca tra gli ultimi posti nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione. Aspettare che i cittadini, in seguito a stili di vita poco salutari (es. eccessivo introito calorico e proteico, malnutrizione, vita sedentaria, alcol, fumo), si ammalino e si rechino in ospedale è una strategia perdente e costosissima. È imperativo invertire la rotta e promuovere politiche incisive di prevenzione e promozione alla salute. Investire in prevenzione vorrà quindi dire studiare e implementare strategie che non saranno necessariamente limitate a interventi nel settore sanitario. Al contrario, sarà necessario effettuare interventi che: i) promuovano e consentano ai cittadini italiani di vivere una vita sana, attiva e indipendente sino a tarda età, ii) contribuiscano alla sostenibilità ed efficienza del sistema sanitario, sociale e del *welfare*, e iii) contribuiscano all'ideazione di prodotti e servizi connessi al benessere, alla longevità e all'invecchiamento attivo in salute (*active and healthy aging*).

Il nuovo paradigma dovrà quindi ambire a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione. Questo imporrà di dover "re-ingegnerizzare" l'intero SSN, essendo essenziale formare una nuova classe di professionisti della salute preventiva e trasformare, mettendole in rete, le strutture già esistenti sul territorio (es. strutture sanitarie, scuole alberghiere, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche) per educare

65. Siliquini (SItI): più risorse per il SSN e aumentare la centralità dei Distretti, <https://stream24.ilsole24ore.com/video/italia/sanita-siti-impiegare-meglio-risorse-ssn-puntando-prevenzione/AE3Oj1QD>

66. "La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN", 1.2014, I quaderni di Farmafactoring, https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/Oggetti_Correlati/Documenti/Regioni-e-Aziende/FARMAFACTORING_PREVENZIONE.pdf?uuid=AbBKYTTJ

attivamente i cittadini alla tutela della propria salute»⁶⁷.

Anche in questo caso sembra che il *leitmotiv* di sottofondo continui ad essere un'esortazione ad occuparsi delle cose importanti ancor prima di quelle urgenti.

Un elemento importante di questa strategia è rappresentato dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025.

«L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Anche alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da Covid-19, e in un contesto di conseguente crisi economica, è necessario che il SSN si ponga nuovi obiettivi organizzativi del sistema in cui esprimere i valori professionali dei diversi operatori. È indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica.

È necessario, quindi, disporre di sistemi flessibili di risposta, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. Questa capacità di reazione alle emergenze va preparata con formazione di operatori di tutti i settori, che al momento opportuno possano lavorare in sinergia su uno stesso obiettivo.

67. *ib.*

Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (*screening* oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità»⁶⁷.

Al Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 hanno fatto seguito le delibere di adozione da parte delle regioni⁶⁸ e i rispettivi Piani di prevenzione regionali. Ma, l'arrivo del Covid ha rallentato molte delle azioni di prevenzione che erano state programmate e, soprattutto, quelle che a gran fatica erano entrate anche nella *routine* (es. *screening*). Solo a fine 2022 si è tornati ai livelli pre-pandemici sugli *screening* effettuati (con standard sul territorio diversificati allo stesso livello di tre anni fa). E, però, i danni fatti dal "vuoto" causa Covid si sono cominciati già a vedere con numerose diagnosi tardive di cancro⁶⁹.

Il PNP si muove su vari livelli:

- Macro Obiettivi
 1. Malattie croniche non trasmissibili;
 2. Dipendenze da sostanze e comportamenti;
 3. Incidenti domestici e stradali;
 4. Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali;

67. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf

68. <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/tabelle/delibere.aspx>

69. "I numeri del cancro in Italia 2022", https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf

5. Ambiente, Clima e Salute;
 6. Malattie infettive prioritarie.
- Programmi predefiniti
 1. Scuole che promuovono salute;
 2. Comunità attive;
 3. Luoghi di lavoro che promuovono salute;
 4. Dipendenze;
 5. Sicurezza negli ambienti di vita;
 6. Piano mirato di prevenzione;
 7. Prevenzione in edilizia e agricoltura;
 8. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro;
 9. Ambiente, clima e salute;
 10. Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza.

Oltre ai programmi e agli obiettivi sono previste Linee di supporto centrali, Linee strategiche di intervento, ecc.

Si tratta di documenti complessi che disegnano una mappa molto estesa delle azioni che interessano la prevenzione, che non riguardano solo *screening*, vaccinazioni e stili di vita, ma che coinvolgono tutti gli aspetti della vita anagrafica, sociale, lavorativa, ecc. Pertanto, la realizzazione delle progettualità contenute nei Piani regionali di prevenzione ha a che vedere con lo stato di salute e di benessere delle persone, con tutte le situazioni per mantenerlo, per prevenire rischi, per limitare i possibili danni. Non solo, è un compito che si confronta con un Paese in trasformazione dove ogni azione va calibrata su necessità e numeri in cambiamento (v. box seguente)⁷⁰.

70. <https://www.istat.it/it/files/2023/06/RA2023-Infografica1.pdf>

LA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE		
<p>Anno 2022 su 2021</p> <p>+3,7%</p> <p>PIL</p> <p>recuperati i livelli pre-pandemici +3,5% area euro</p>	<p>Anno 2022 su 2021</p> <p>+8,7%</p> <p>IPCA</p> <p>indice armonizzato prezzi al consumo +34,4% prezzi alla produzione</p>	
QUADRO DEMOGRAFICO		
<p>31.12.2022</p> <p>58.850.717</p> <p>RESIDENTI</p> <p>5.050.257 cittadini sono stranieri nel biennio '20-'21 611mila residenti in meno</p>	<p>Anno 2022</p> <p>1,24</p> <p>FIGLI PER DONNA</p> <p>dalla metà degli anni '70 valore inferiore a 2,1: teorico equilibrio nel ricambio generazionale</p>	
NUOVE GENERAZIONI COME MOTORE DELLA CRESCITA FUTURA		
<p>Anno 2022. Persone 18-34 anni</p> <p>47,7%</p> <p>GIOVANI VULNERABILI</p> <p>in uno o più domini del benessere 15,5% i multi-deprivati</p>	<p>Anno 2021</p> <p>33,2% del PIL</p> <p>SPESA PER LA PROTEZIONE SOCIALE</p> <p>quasi la metà destinata agli anziani 1,2% a famiglie e minori</p>	
FOCUS GENERE: RICONGIUNGIMENTI FAMILIARI (18+)		
Cittadini non comunitari (1.1.2022)		74,2% donne
Permessi di soggiorno protezione temporanea guerra Russia-Ucraina (30.4.2023)		71,1% donne
FOCUS GENERAZIONI: STRUTTURA PER ETÀ AL 2023 E AL 2002		
	2023	2002
0-14enni	12,5%	14,2%
15-34enni	20,4%	26,5%
35-64enni	43,0%	40,6%
65+	24,1%	18,7%
FOCUS TERRITORI: PIL PRO CAPITE AL 2021 E AL 2000		
	2021	2000
Mezzogiorno	18.500 euro	19.800 euro
Centro-Nord	33.400 euro	34.400 euro

Fonte: Istat, Rapporto annuale 2023

Considerata la mole di attività previste, tra Programmi predefiniti e progetti scelti dalle regioni, e considerata la difficoltà di rendere conto delle attività e degli obiettivi raggiunti, potrebbe essere utile aggiungere alle attività di monitoraggio⁷¹ presenti sulla piattaforma www.pianiregionalidellaprevenzione.it anche una raccolta sistematica delle azioni curate dai diversi soggetti istituzionali per ragionare sulla loro riuscita, sui numeri e sul peso che queste hanno avuto sulla vita della popolazione locale.

Inoltre, accanto alle attività messe in campo dai soggetti istituzionali per le diverse linee strategiche, occorre considerare anche nuove modalità di coinvolgimento dei cittadini nelle scelte orientate alla prevenzione o, come recitava il programma “Guadagnare salute” nel 2007, su come rendere facili le scelte salutari.

A tale proposito, negli ultimi anni si è affermata la cosiddetta teoria del *nudge* o “spinta gentile”⁷². Si sfruttano piccoli cambiamenti nell’ambiente e nelle informazioni che ci circondano al fine di guidare in modo “gentile” ma efficace il comportamento dei cittadini verso i risultati desiderati. Piccoli inserimenti nella vita quotidiana consentono di fare e consolidare passi avanti verso una vita più soddisfacente e salutare con risultati più duraturi di quelli che si otterrebbero applicando costrizioni e regole rigide. Solo per fare qualche esempio, si pensi all’aumento del numero di persone che decide di praticare sport per tenersi in forma o alla riduzione, negli anni, del consumo di carne e sale a tavola.

71. <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/doc/ReportNazionale.pdf>

72. Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, “Nudge. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità”, Feltrinelli, 2022.

5.5. Anziani e ragazzi: politiche per la salute futura

Quest’ultimo paragrafo, di un Capitolo dedicato alla visione *One Health*, si concentra sulle prime e sulle ultime fasce demografiche perché su queste è maggiormente necessario portare l’attenzione per quanto riguarda l’organizzazione dei servizi rivolti ai cittadini. Spesso si dice che l’Italia non è un Paese per giovani e, anche, che non è un Paese per vecchi.

Per quanto riguarda i “vecchi”, occorre considerare che, secondo gli ultimi dati Istat, in Italia più di 14 milioni di persone appartengono alla fascia di età *over65*, circa la metà di questi ha più di 74 anni; 4 milioni e mezzo hanno dagli 80 anni in su e circa 22 mila sono gli ultracentenari: complessivamente siamo vicini al 25% della popolazione e la quota, salvo inversioni di tendenza, è destinata a crescere.

Questi numeri non sono legati solo al calo delle nascite, ma a una maggiore durata della vita: i dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana. Per un bambino che nasce oggi, la speranza di vita è di 80,5 anni per i maschi e di 84,8 anni per le femmine, mentre l’aspettativa di vita per chi oggi ha già 65 anni, ed è dunque definibile come un “adulto-anziano”, è di altri circa 20 anni. Pertanto, occorre dare una forma a questi anni di vita in più (spesso in discreta salute), occorre modificare l’approccio culturale e, quindi, anche il modello di società.

Per i “vecchi”, è vero, è stata messa a punto una legge, anche se il confine tra anziani fragili non autosufficienti e anziani attivi non è così definito. Tuttavia, sono state gettate le basi per costruire servizi per anziani (tanti) che sono diversi da quelli a cui il sistema Paese era abituato. E questo anche perché è cambiata la mentalità: l’attuale stato di

salute della media delle persone anziane è frutto di anni di un SSN universalistico, che ha garantito salute e informazione sulla stessa, che ha formato un cittadino-anziano che non ha alcuna intenzione di essere messo in un angolo o a bordo di un cantiere. Tutto questo comporta una revisione dei servizi (pochi rispetto all'attuale target) che sono stati pensati per persone considerate come soggetti residuali, ai quali bastava concedere l'indispensabile. Le persone anziane oggi sono informate, con un alto tasso di soggettività, con una vita attiva nella maggior parte dei casi, coscienti di rappresentare una risorsa e come tali chiedono di essere considerati.

Su questa enorme platea si devono concentrare le iniziative dirette al mantenimento di un "invecchiamento attivo": definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che nel 2002 parla di un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano perché l'invecchiare in maniera attiva comporta benefici sulla salute fisica e psicologica.

Si tratta di un processo che rimette in circolo competenze, tempo, hobby, turismo, ecc., e che ha trovato spazio anche nell'economia attraverso quella che viene definita "*silver economy*"⁷³.

Lo scorso 3 ottobre 2023 si è tenuta la seconda edizione degli "Stati Generali dell'invecchiamento attivo – Longevità & Longennials", organizzato dall'Alleanza *Happy Ageing*⁷⁴, un grande *think tank* per ripensare i modelli sociali alla luce del cambiamento demografico e culturale. *Happy Ageing* fonda la propria attività sui cinque pilastri dell'invecchiamento attivo che sono: immunizzazione, alimentazione,

movimento, *screening* e corretto utilizzo dei farmaci. Su questi aspetti si è concentrata l'organizzazione dell'evento⁷⁵.

Sul tema del movimento è stata presentata l'evoluzione del progetto attivo in Friuli-Venezia Giulia, a cura di Federsanità ANCI FVG, denominata "FVG in movimento. 10mila passi di salute". Una iniziativa paradigmatica, per certi versi, di come alcune attività, pensate con uno specifico obiettivo, possano diventare positivamente pervasive in altri ambiti della vita.

L'attività fisica e motoria, le passeggiate all'aperto, corse e corsette, *nordic walking*, ecc., sono praticate da soli, in piccoli gruppi, con i "Gruppi di Cammino", con le associazioni sportive (es. Unione Italiana Sport per tutti) e consentono di scoprire ambiente, natura, bellezze paesaggistiche, artistiche e storiche di piccole e medie località, spesso vicine e poco conosciute.

La finalità del progetto 10mila passi⁷⁶ era quella di rendere «facilmente accessibili a tutti le scelte salutari», con l'obiettivo della massima diffusione e del coinvolgimento della popolazione alle attività di movimento. Il progetto, realizzato da Federsanità ANCI FVG, in collaborazione con la Direzione centrale Salute della Regione Friuli-Venezia Giulia, il Dipartimento di Scienze Economiche e Statistiche dell'Università degli Studi di Udine, per la valutazione dei risultati del percorso e PromoTurismo FVG, ha visto (e vede) la collaborazione con i comuni, con le comunità e con le associazioni locali che hanno definito, pulito e attrezzato i percorsi con panchine, cestini, ecc.

In sintesi, Federsanità ANCI FVG per coinvolgere adeguatamente i comuni ha attivato tre bandi a cui hanno partecipato 91 amministrazioni comunali per la realizzazione

73. <https://www.silvereconomyforum.it/>

74. <https://www.happyageing.it/lalleanza/>

75. <https://www.happyageing.it/stati-general-invecchiamento-attivo-2023/>

76. <https://federsanita.anci.fvg.it/progetti/progetto-friuli-venez-ia-giulia-in-movimento>

e il recupero di 78 percorsi. Tutti i comuni si sono impegnati a realizzare e promuovere percorsi pedonali/o prevalentemente pedonali per i quali Federsanità ANCI FVG ha fatto realizzare e installare circa 60 cartelloni, in italiano e inglese, con itinerari, foto e mappe, insieme alla segnaletica coordinata e dedicata.

Agli evidenti benefici del movimento sulle persone che utilizzano i nuovi cammini recuperati (benefici che vengono monitorati costantemente dai medici), bisogna aggiungere gli effetti che questa attività ha comportato dal punto di vista del recupero ambientale, del turismo lento, dell'avvio di attività di ristorazione lungo i percorsi. La Regione Friuli-Venezia Giulia ha poi sposato gli obiettivi condivisi dal progetto Interreg Italia-Croazia "Take it Slow" attraverso la valorizzazione degli itinerari "FVG in Movimento. 10.000 passi di salute". Infine, per non interrompere le attività di movimento durante i mesi invernali, si stanno attivando accordi con i comuni per aprire le palestre comunali e avviare corsi di ginnastica dolce a cura di fisioterapisti.

Per quanto riguarda i giovani, le questioni sono relative ad un target molto più limitato ma, per molti versi, più preoccupante.

Il rapporto "Fare spazio alla crescita"⁷⁷, a cura di *Save the Children* in collaborazione con *OpenPolis*, mette in evidenza la distribuzione dei minori e le forti disuguaglianze che riguardano la loro vita all'interno delle 14 città metropolitane del nostro Paese. L'analisi prende in considerazione in modo combinato due fattori primari quali il livello di istruzione dai 9 anni in su e quello di occupazione tra i 15-64enni, in una scala che va da 2 (minor svantaggio) a 8 (maggior svantaggio), e disegna mappe cittadine segnate da forti disuguaglianze tra quartiere e quartiere in

termini di opportunità per i minori, spesso più carenti proprio dove vive la maggior parte di loro.

Se è vero che con il crollo della natalità in Italia ci sono sempre meno bambini, i 10 milioni e 493mila bambini e adolescenti tra zero e 19 anni che vivono nel nostro Paese fanno i conti con una evidente disparità: dall'accesso agli spazi abitativi, scolastici e pubblici, fino alla crescita e al loro benessere educativo, fisico e socio-emozionale. Queste profonde disuguaglianze possono avere un impatto, in positivo o in negativo, nel futuro di bambini e giovani che crescono in regioni diverse, ma anche in due diversi quartieri all'interno della stessa grande città. Quelli presenti nelle città metropolitane sono quasi 3 milioni e 800mila (tra 0 e 19 anni) e vivono nella maggior parte in quartieri svantaggiati e privi di spazi, stimoli e opportunità per crescere. Quasi 2 su 5 dei quasi 4 milioni, si concentrano infatti nelle 14 città metropolitane, costituite dal comune principale e dal proprio hinterland, dove vive anche il 13,7% dei contribuenti con reddito inferiore ai 15mila euro annui. In queste città, le aree urbane caratterizzate da una maggiore privazione socio-economica sono spesso anche quelle con meno spazi adeguati alla crescita dei minori.

«In Italia ci sono sempre meno bambini. I pochi che nascono si trovano a vivere, troppo spesso, in quartieri poco accoglienti e inospitali. Eppure, lo spazio è il "terzo educatore", dopo la famiglia e la scuola, come affermava il pedagogista Loris Malaguzzi. La mancanza di spazi per la crescita influisce in modo significativo sulla qualità della vita dei bambini, delle bambine e degli adolescenti, limitando le opportunità educative, di gioco, di socialità, sport e movimento, tutti elementi fondamentali per il benessere e lo sviluppo. Le disuguaglianze che colpiscono i bambini sono, anche, disuguaglianze nella fruizione degli spazi. Lo spazio dell'abitare, della scuola, dei luoghi pubblici. Due bambini nati in Italia

77. <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblizzazioni/fare-spazio-alla-crescita.pdf>

lo stesso giorno possono trovarsi a crescere in due universi paralleli a pochi isolati di distanza. Per colmare queste disuguaglianze è necessario cercare di ridisegnare, dal punto di vista dei bambini, gli spazi urbani, a partire dalle periferie. Sono infatti proprio le periferie le vere città dei bambini, perché è lì che vanno a risiedere molte delle nuove famiglie. Periferie molto diverse tra loro, ma spesso accomunate da una condizione di isolamento e di marginalità, degrado urbano e mancanza di luoghi di aggregazione e di servizi. Come ridisegnare concretamente questi spazi? Partendo, innanzitutto, da ciò che già c'è, valorizzando e sostenendo le tante esperienze di protagonismo, auto-organizzazione delle comunità e impegno delle scuole e del terzo settore. Fare spazio alla crescita di bambini e ragazzi significa promuovere concretamente queste comunità educanti»⁷⁸.

Ad aggravare la situazione descritta sopra, che risponde anche al tema della necessità di rigenerare le città, si aggiungono le conseguenze che il periodo pandemico ha comportato per molti adolescenti soprattutto sotto il profilo psicologico.

Erano già noti fenomeni di autolesionismo, di uso di droghe o di assunzione di farmaci (presi dal cassetto dei genitori) ad uso ludico e la sensazione era che questi sintomi di disagio fossero in crescita nella popolazione dei giovanissimi.

Il quadro che restituisce la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2023 (dati 2022)⁷⁹ è quantomai preoccupante: «Sono in particolare i più giovani a consumare NPS (Nuove Sostanze Psicoattive): tra gli studenti di 15-19 anni è circa il 6%, equivalente a oltre 140mila ragazzi, ad averle consumate almeno una volta nell'anno. Dopo la cannabis

rappresentano la seconda tipologia di sostanze più diffusa e spesso vengono utilizzate in associazione con altre sostanze psicoattive. Le NPS maggiormente popolari fra gli studenti sono i cannabinoidi sintetici (4,4%) che hanno visto un ritorno ai valori pre-pandemici, seguiti da oppioidi sintetici (0,9%), ketamina (0,7%) e catinoni (0,5%). (...)

L'adolescenza e la giovane età adulta costituiscono una fase di vita universalmente riconosciuta come particolarmente delicata, caratterizzata da profondi mutamenti a livello fisico, emotivo e sociale. Durante questo periodo, l'impulsività e la ricerca di nuove esperienze possono indurre i giovani ad adottare comportamenti rischiosi, tra cui l'uso di sostanze psicoattive o l'incorrere in altre situazioni a rischio, sia nel contesto digitale sia in quello reale. In particolare, le sostanze psicoattive, legali e illegali, risultano piuttosto diffuse tra i giovanissimi. Nel 2022 si è osservato un generale aumento dei consumi che sono tornati a valori in linea o superiori rispetto a quelli pre-pandemici.

Tra le sostanze psicotrope legali, la più diffusa è l'alcol, consumato nell'anno da circa 1 milione e 900mila studenti di 15-19 anni. Per oltre 780mila studenti (33%) si è trattato di un consumo elevato che ha portato all'intossicazione alcolica e, tra i 18-24enni, la quota di quanti si sono ubriacati nell'ultimo anno è circa il 50%. La grande novità sta nel sorpasso di genere: nel 2022 sono state soprattutto le studentesse sia ad utilizzare alcolici (M=77%; F=79%) sia ad essersi ubriacate (M=29%; F=35%).

In forte aumento anche l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica che nell'ultimo anno ha coinvolto quasi 270mila 15-19enni. Queste sostanze risultano da sempre più diffuse tra le studentesse, per le quali, nel 2022, si registrano i valori di consumo nell'anno più elevati mai osservati fino a oggi (15,1%).

Il consumo di sostanze psicoattive illegali ha

78. *Ib.*

79. <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ixoboesf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>

interessato circa il 30% della popolazione studentesca, il dato è in crescita rispetto al 2021 e ha raggiunto valori superiori a quelli pre-pandemici. La sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita dalle nuove sostanze psicoattive, inalanti e solventi, cannabinoidi sintetici, stimolanti, allucinogeni, cocaina, anabolizzanti e oppiacei. La cannabis è stata consumata dal 24% degli studenti e da oltre un quarto dei 18-24enni, con percentuali che tendono a diminuire dopo i 25 anni.

Aumenta anche la quota di minorenni segnalati per violazione dell'art. 75 DPR n. 309/1990, in particolare tra le ragazze che, nel 2022, raggiungono il 16% (M=11%; Totale=12%). Così come crescono del 15%, rispetto all'anno precedente, le denunce alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati a carico di minorenni.

Nel 2022, quasi il 10% degli accessi al Pronto Soccorso direttamente droga-correlati ha riguardato minorenni e circa il 14% 18-24enni. Tra i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, il 15% ha riguardato persone con meno di 24 anni, valore che risulta anch'esso in aumento. Si osserva inoltre una generale riduzione dell'età media dei ricoverati, specialmente nel genere femminile. In controtendenza si osserva una diminuzione dei decessi per overdose tra gli *under25*.

Gli utenti dei servizi pubblici *under25* costituiscono circa il 6% del totale degli assistiti, percentuale che sale quasi al 20% tra i nuovi utenti. Nei servizi del Privato Sociale rappresentano una quota di poco superiore al 9%. (...)

Oltre all'uso di sostanze, negli ultimi anni, si è assistito all'emergere di ulteriori comportamenti a rischio e potenzialmente additivi, spesso legati a Internet e alle nuove tecnologie. Il più diffuso tra questi è il gioco d'azzardo che nel 2022 ha interessato circa la metà degli studenti 15-19enni. In seguito alla pandemia si osserva inoltre un incremento dell'utilizzo di Internet a rischio

e della percentuale di vittime e autori di atti di cyberbullismo. Sempre nel mondo delle relazioni digitali emergono nuovi fenomeni come il *ghosting* o il ritiro sociale volontario. Il primo, nel 2022, ha coinvolto oltre 850mila studenti mentre sono circa 55mila gli studenti che sono rimasti isolati per oltre 6 mesi. Nello scenario attuale si osserva sempre più frequentemente una concomitanza di questi comportamenti, associati spesso tra loro e al consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali, questo configura la necessità di considerare numerose dimensioni di fragilità in questa delicata fase dello sviluppo e l'urgenza di prospettare una presa in carico multidisciplinare capace di accogliere i bisogni dei più giovani»⁸⁰.

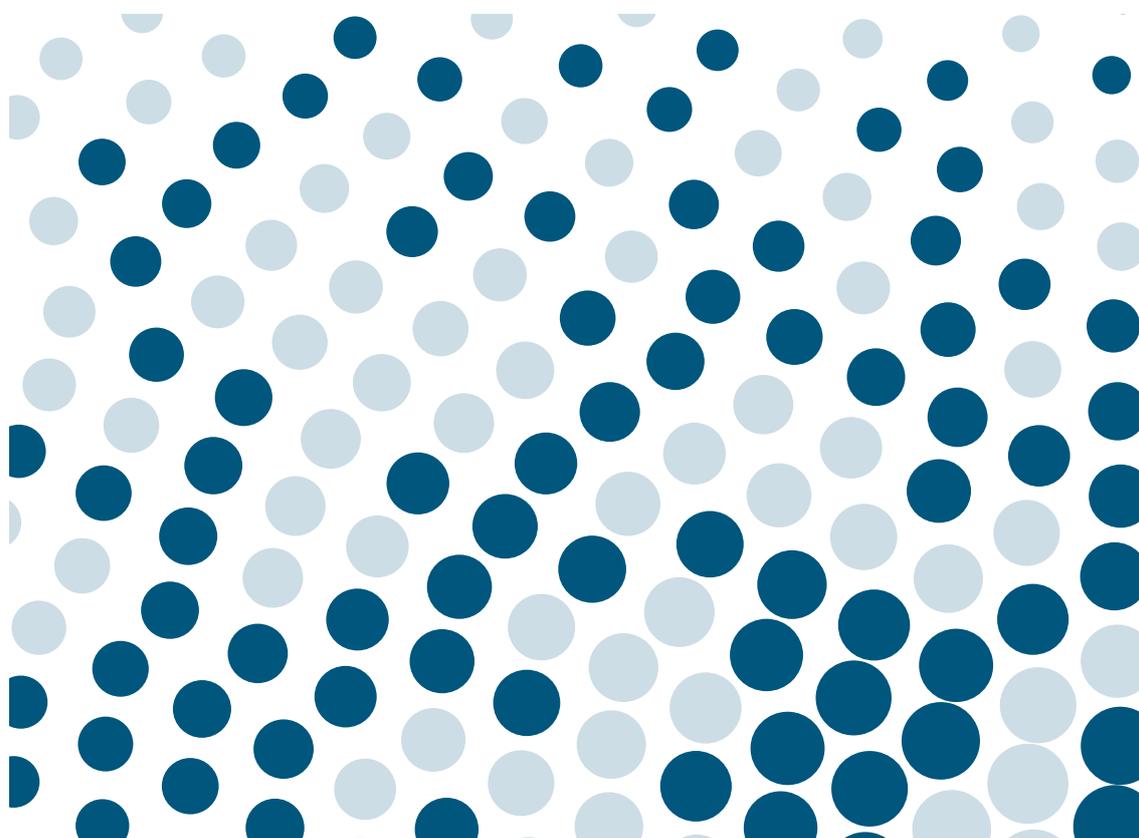
I dati e le analisi della Relazione sopra sono preoccupanti perché restituiscono l'immagine di ragazzi immersi nei media e in situazioni ludiche ma fundamentalmente soli. E, guardando alle vicende quotidiane di violenza sempre più frequenti, sembra stia vacillando il rapporto con la realtà, con la consapevolezza dei comportamenti e delle azioni, con le conseguenze che certe azioni determinano.

I motivi sono diversi e non è questo il contesto dove affrontarli, ma è abbastanza chiaro che ci sia una forte necessità di recupero della socialità e di "buoni maestri" per far emergere dall'oceano di solitudine, che sembra sommergerli, gli adulti di domani.

80. *Ib.* (pagg. XVI e XVIII).

Capitolo 6

Conclusioni



Lo scorso 26 ottobre, AGENAS ha presentato la nuova edizione del Programma Nazionale Esiti (PNE 2023) - Report su dati 2022⁸¹. Il PNE, sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, ha l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'importanza e l'utilità delle analisi fornite dal PNE sono rappresentate anche dalla sua capacità di approfondire tematiche specifiche di ricerca sanitaria (quali, tra gli altri, il rapporto tra strutture pubbliche e private, l'impatto della pandemia da Covid-19, l'analisi della desertificazione sanitaria, l'associazione tra volumi ed esiti per determinate procedure chirurgiche).

Sono stati calcolati 195 indicatori, di cui 170 per l'assistenza ospedaliera e 25 per

l'assistenza territoriale.

Tra gli indicatori della sezione del PNE sull'assistenza territoriale ci sono, tra gli altri, i tassi di ospedalizzazione "evitabile" relativi alle condizioni sanitarie per le quali un'adeguata gestione garantita nell'ambito delle cure ambulatoriali si rivela potenzialmente in grado di prevenire il ricovero ospedaliero (es. scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, infezioni del tratto urinario, complicanze del diabete). Infine, vengono considerati alcuni indicatori relativi agli accessi "impropri" in pronto soccorso, in quanto indirettamente correlati a una ridotta accessibilità e/o a una bassa qualità dell'assistenza sanitaria di base e dei servizi di continuità assistenziale.

Il Report ricorda che per l'analisi sull'assistenza territoriale, è necessario sottolineare ancora una volta i limiti di una valutazione territoriale incentrata su misure "ospedaliere", da cui possono venire solo indicazioni indirette e orientative sulla qualità delle cure primarie e dell'assistenza distrettuale.

81. https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report.pdf

Questo breve accenno all'ultimo report del PNE sui dati 2022 ha lo scopo di mettere ancora in evidenza la necessità di una maggiore attenzione al territorio anche per quanto riguarda la codifica delle sue attività. Allora, una questione da porsi, nel momento in cui il territorio sembra finalmente essere stato messo sotto una lente, è se sia possibile immaginare un PNE “del” e “per” il territorio nel suo complesso.

L'ospedale è un sistema chiuso che si avvale di percorsi clinici codificati, che necessita di aggiornamenti dettati dai progressi della medicina e delle tecnologie. Infatti, tra le questioni sottolineate per una maggiore aderenza tra PNE e realtà quotidiana, e, quindi, una valutazione di esito sempre più “contemporanea”, sono necessari:

- aggiornamento della codifica delle malattie e delle procedure;
- maggiore tempestività dei flussi informativi;
- integrazione dei flussi informativi per la valutazione dell'assistenza territoriale;
- formazione sulla qualità della codifica.

L'interazione tra ospedale e territorio, salvo casi isolati, avviene spesso solo attraverso l'arrivo del paziente in fase acuta in ospedale, condizione individuata come il segno di una possibile carenza di monitoraggio della situazione clinica dello stesso nelle strutture delle cure primarie.

Il PNRR ha tracciato attraverso le Componenti presenti nelle diverse Missioni, ma con la 5 e la 6 in particolare, e con il DM 77, una mappa puntuale degli snodi necessari sul territorio perché si possa gestire una popolazione in salute.

Sono snodi molto diversi tra loro con specifiche tecniche, linguaggi e competenze diverse ma hanno al centro il cittadino nelle sue diverse fasi dell'esistenza, nella sua collocazione abitativa e nella sua... anima.

A metà del percorso per l'attuazione del PNRR, una volta raggiunte le *milestone* previste, è auspicabile che ci si confronti con il loro concreto e radicato funzionamento (es. le riforme) e con l'interazione tra le diverse strutture e diversi servizi immaginati. O, forse, sarebbe opportuno ragionare ora su come il territorio, nelle sue diverse sfaccettature, può interagire e dare risposte ai bisogni dei cittadini?

Le spese sociali dei comuni (Capitolo 4) e le numerose voci che le rappresentano presso i comuni (Appendice) mostrano una platea di utenze e di servizi variegata, quale è l'umanità stessa. Ma, molte spese sembra che non abbiano forma nella realtà, non puoi vederne gli effetti immediati, non puoi assegnare un valore perché non “vedi” il risultato sul momento. Un intervento chirurgico è codificato, si sa quanto costa, quante persone e materiali impegna, si conoscono i risultati: la guarigione del paziente. L'effetto di una maggiore presenza di alberi in città è ormai noto. Ma non ha un risultato immediatamente visibile e misurabile.

Come si possono codificare le attività svolte dai comuni perché possano essere omologhe di quelle sanitarie e interagenti con queste riguardo ai risultati ottenuti? Come si può intervenire per evitare che alcune attività vengano interrotte per mancanza di fondi o perché “sono utili ma non obbligatorie” ed è necessario far fronte ad altre esigenze più urgenti?

Come si riesce a creare un sistema di prevenzione che sia in grado di dare gambe e misurare gli effetti di salute dei Piani regionali di prevenzione?

La salute, cioè tutto quello che partecipa allo stato di benessere e non solo la privazione di malattia, è fatta di azioni quotidiane messe in campo dai comuni (es. rigenerazione urbana), dagli ATS (es. assistenza socio-assistenziale) e dai Distretti attraverso

le Case di Comunità, dagli Ospedali di Comunità, ecc.

È un intreccio indissolubile e, purtroppo, apparentemente invisibile negli effetti immediati, che concorre allo stato di salute dei cittadini ovunque essi si trovino e che necessita di una percezione della salute come di un bene comune sul quale investire e non solo come un costo.

Il ripopolamento delle aree interne non può non passare dalla concreta disponibilità di servizi; lo stato di malessere dei ragazzi deve essere intercettato dal sociale prima che diventi un problema sanitario; l'equilibrio che regge lo stato di invecchiamento attivo ha bisogno di azioni di monitoraggio e di prevenzione, proprie del territorio in senso lato, per non arrivare al ricovero e alla non autosufficienza.

Ma tutto questo muoversi attorno alle necessità della popolazione ha bisogno, come la sanità, peraltro, di risorse umane, economiche e tecniche.

Se si continuerà a considerare alcune spese come residuali o passibili di tagli (come, ad esempio, i centri anziani) non ci sarà modo di avvicinarsi alla costruzione di un Servizio Socio Sanitario Nazionale codificato e interattivo.

Per governare occorre conoscere, per conoscere occorre dare nomi alle cose e alle azioni perché si possano riconoscere gli atti e possano essere sottoposti a valutazione.

I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, invocati da decenni, devono essere un modo per garantire servizi identici e lo stesso stato di salute e di benessere da Nord a Sud del Paese. E non una soglia minima fissata sulla sopravvivenza.

Occorrono sinergie per eliminare

sovrapposizioni e sprechi, occorrono alleanze per condividere e gestire informazioni, occorre un contatto con la comunità (e non solo darne il nome alle strutture), le associazioni, il terzo settore, per lavorare sulla stessa lunghezza d'onda e fornire soluzioni che siano al passo con i tempi e le esigenze del momento.

Questo Rapporto non ha la presunzione di dire come, cosa e quando, ma ha provato a pensare attorno ad alcuni aspetti particolari di questo momento (le riforme, le aree interne, la necessità di occuparsi del cambiamento climatico e di rigenerazione delle aree urbane, le spese e le emergenze sociali, ecc.) e a porsi qualche "perché", guardando all'attuale situazione sanitaria e sociale e alla condizione demografica del nostro Paese.

Appena fuori dal Covid era convinzione diffusa che ne saremmo usciti migliori. Successivamente è arrivato il PNRR: risorse economiche e una spinta a definire quelle riforme che si trascinarono da anni. Poi, però, anche le guerre (che incidono indirettamente sulla nostra economia), l'evidente situazione di carenza di medici e infermieri, la fuga di questi dal SSN, ecc. Questioni importanti diventate urgenti.

Però, potremmo dire con il titolo di un romanzo⁸² diventato ormai uno slogan: "Se non ora quando?"

82. Primo Levi, "Se non ora quando?", Einaudi, 1982.

Appendice

Elenco dei servizi sociali o interventi offerti dai comuni

- servizio sociale professionale
- intermediazione abitativa/assegnazione alloggi
- servizio per l'affidamento familiare
- servizio per l'adozione minori
- servizio di mediazione familiare
- centri anti violenza
- attività di sostegno alla genitorialità
- altre attività di servizio sociale professionale
- interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
- attività ricreative, sociali, culturali
- servizio di mediazione culturale
- servizio di residenza anagrafica per persone senza dimora
- altre attività di integrazione sociale
- sostegno socio-educativo scolastico
- sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare
- sostegno all'inserimento lavorativo
- inserimento lavorativo per persone con disagio mentale
- inserimento lavorativo per persone senza dimora
- altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo
- assistenza domiciliare socio-assistenziale
- assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
- voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario
- distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
- telesoccorso e teleassistenza
- servizi di prossimità (buon vicinato)
- altri interventi di assistenza domiciliare
- mensa
- trasporto sociale
- distribuzione beni di prima necessità
- servizi per l'igiene personale
- pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)
- pronto intervento per persone senza dimora
- servizi di mediazione sociale
- segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi
- contributi per servizi alla persona
- contributi per cure o prestazioni sanitarie
- contributi per servizio trasporto
- contributi per l'inserimento lavorativo
- contributi per l'affido familiare

- contributi e integrazioni a retta per centri diurni
- contributi e integrazioni a retta per nidi
- contributi e integrazioni a retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia
- contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali
- contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali
- buoni spesa o buoni pasto
- contributi economici per i servizi scolastici
- contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)
- contributi per alloggio
- contributi a integrazione del reddito familiare
- contributi per il disagio mentale
- contributi per persone senza dimora
- spese funerarie per cittadini a basso reddito
- altri contributi economici
- nidi e sezioni primavera
- servizi integrativi per la prima infanzia
- centri diurni
- centri diurni estivi
- ludoteche/laboratori
- centri di aggregazione/sociali
- centri per le famiglie
- centri diurni per persone con disagio mentale
- centri diurni per persone senza dimora
- altri centri e strutture a ciclo diurno
- strutture residenziali
- dormitori per persone senza dimora
- case rifugio per vittime di violenza di genere
- strutture di accoglienza per persone senza dimora
- centri estivi o invernali (con pernottamento)
- area attrezzata per Rom, Sinti e Caminanti
- altri centri e strutture residenziali

Bibliografia e sitografia

- AGENAS, DEP Lazio, Istituto Superiore di Sanità, Programma Nazionale Esiti 2023, https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report.pdf
- AGENAS, Linee di indirizzo. Infermiere di famiglia o comunità, 2023, https://www.agenas.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf
- AGENAS, Linee Guida Organizzative Contenenti il Modello Digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, agosto 2022, <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2092-linee-guida-organizzative-il-modello-digitale-per-l%E2%80%99attuazione-del-l%E2%80%99assistenza-domiciliare>
- AGENAS, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022, https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2__finale.pdf
- Agnetti B., Case della Salute e Case della Comunità. Uguali o diverse?, in *Quotidiano sanità* 10/04/2023, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112792
- AIOM, I numeri del cancro in Italia 2022, https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf
- ARPAT, Lockdown e inquinamento atmosferico in Europa, 20/04/2020, <https://www.arpat.toscana.it/notizie/notizie-brevi/2020/lockdown-e-inquinamento-atmosferico-in-europa>
- Atella V., Borgonovi E., Collicelli C., Kopinska J., Lecci F. e Maietta F., La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN, I quaderni della Fondazione Farmafactoring, 01/2014, https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Regioni-e-Aziende/FARMAFACTORING_PREVENZIONE.pdf?uuid=AbBKYTTJ
- Brownlee T., Camaioni C., Pellegrino P.,

- Emergenza clima e qualità della vita nelle città, Franco Angeli, 2021
- Buzzacchi C., La Porta S. (a cura di), L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni, Rapporto 2022 dell'osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca, Giappichelli ed. 2022
 - Camera dei Deputati, XIX Legislatura. Documentazione e ricerche n. 23, I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 salute del PNRR, https://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/AS0001.pdf?_1690538756049
 - Corte dei Conti, Delibera n. 9/2023/CCC. Collegio del Controllo Concomitante 16/03/2023. Progetti: Case della Comunità e presa in carico della persona - PNRR M6C1-1.1; Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) - PNRR M6C1-1.3, <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=99481dc5-5875-4197-b576-7b19fe6f052c>
 - DGR 290/2019, Linee di indirizzo per la sperimentazione del modello di Residenza Aperta, <https://www.regione.liguria.it/homepage-giunta/giunta-regionale/comunicati-stampa-della-giunta-regionale/item/21690-sanit%C3%A0-approvato-il-modello-di-residenza-aperta-per-servizi-di-cura-e-assistenza-a-domicilio-in-liguria,-al-via-sperimentazione-nelle-valli-dell%E2%80%99antola-e-tigullio.html>
 - Di Natale R., Marinuzzi G., (a cura di), Sanità e territorio. I servizi socio-sanitari dei comuni italiani, maggio 2021, <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10736-sanita-e-territorio-i-servizi-socio-sanitari-dei-comuni-italiani>
 - Dipartimento per la Pubblica Informazione delle Nazioni Unite, Trasformare il nostro mondo: Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/SDG-presentazione.pdf>
 - Dipartimento per le Politiche di Coesione, Le aree interne 2021-2027, <https://politichecoesione.governo.it/it/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-territoriali/strategia-nazionale-aree-interne-snai/le-aree-interne-2021-2027/>
 - Dottori D., L'effetto del sisma del Centro Italia sullo spopolamento dei territori colpiti, in Questioni di Economia e Finanza (Occasional Papers), Banca d'Italia, Numero 755, Aprile 2023, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/qef/2023-0755/index.html>
 - Federsanità ANCI Friuli Venezia Giulia, Friuli Venezia Giulia in Movimento, <https://federsanita.anci.fvg.it/progetti/progetto-friuli-venezias-giulia-in-movimento>
 - Federsanità-Federazione Toscana, Osservatorio sull'Integrazione Socio-Sanitaria (OISS), <https://www.oiss.it/>
 - Formez PA, La strategia nazionale per le aree interne e i nuovi assetti istituzionali, Rapporto Formez PA 2022, https://www.formez.it/sites/default/files/formez_rapporto_2022_la_strategia_nazionale_per_le_aree_interne.pdf
 - Galeone P. (coordinamento), Riprendiamoci la città. Manuale d'uso per la gestione della rigenerazione urbana, IFEL-Fondazione ANCI, Dossier e manuali, edizione 2023, <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/11492-riprendiamoci-la-citta-manuale-d-uso-per-la-gestione-della-rigenerazione-urbana>
 - Greenstone M., Hasenkopf C., Air Quality Life Index 2023, Annual report, https://aqli.epic.uchicago.edu/wp-content/uploads/2023/08/AQLI_2023_Report-Global.pdf
 - Happy ageing, Stati Generali dell'invecchiamento attivo – Longevità & Longenials, 3 Ottobre 2023, Roma, <https://www.happyageing.it/stati-generalis-invecchiamento-attivo-2023/>
 - InsaluteNews, Adolescenti, aumentano gli atti di autolesionismo. L'allarme dei neu-

- ropsichiatri infantili, 7 settembre 2023, <https://www.insalutenews.it/in-salute/adolescenti-aumentano-gli-atti-di-autoleisionismo-lallarme-dei-neuropsichiatri-infantili/>
- Istat, La geografia delle aree interne nel 2020: vasti territori tra potenzialità e debolezze, 2022, <https://www.istat.it/it/files//2022/07/FOCUS-AREE-INTERNE-2021.pdf>
 - Istat, Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, base 1/1/2020, <https://www.istat.it/it/files//2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>
 - Istituto Superiore di Sanità - Ministero della Salute, Piattaforma per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei piani regionali di prevenzione 2020-2025, <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/tabelle/delibere.aspx>
 - Levi P., *Se non ora quando?*, Einaudi, 1982
 - Masci F., P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del “disability divide”, *Costituzionalismo.it*, Fascicolo 3 | 2021, <https://www.constituzionalismo.it/wp-content/uploads/Fasc3-2021-3.-Masci.pdf>
 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, La legge delega per gli anziani, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Legge-delega-anziani-cosa-prevede.pdf>
 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, Agosto 2021, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>
 - Ministero della Salute, Cosa sono i LEA, <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn>
 - Ministero della Salute, Ondate di calore, <http://www.salute.gov.it/caldo>
 - Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_o_file.pdf
 - Missione 6 Salute del PNRR, <https://documenti.camera.it/Leg19/Dossier/Pdf/AS0001.Pdf>
 - Nurse24.it, Mangiacavalli: non è la tecnica che identifica la professione, <https://www.nurse24.it/infermiere/ordine/infermieri-mangiacavalli-non-e-tecnica-che-identifica-professione.html>
 - OpenPolis-Cittadinanzattiva, Il Pnrr e la sanità Territoriale, La nuova rete di sanità territoriale finanziata dal piano nazionale di ripresa e resilienza, tra case e ospedali di comunità, https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2023/05/Pnrr_sanita_territoriale_mappe_regionali_.pdf
 - Ospedale pediatrico Bambino Gesù News, Un caso al giorno negli ultimi due anni tra tentativi e ideazioni di suicidio tra i giovanissimi, 9/09/2022, <https://www.ospedalebambinogesu.it/un-caso-al-giorno-negli-ultimi-due-anni-tra-tentativi-e-ideazioni-di-suicidio-tra-i-giovanissimi-143061/>
 - Osservatorio cronicità, Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR, 2023, https://osservatoriocronicita.it/images/Manuale_Operativo_PON_Cronicita_2023_web_14_09.pdf
 - Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 14° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici - FAVO 2022, <https://osservatorio.favo.it/quattordicesimo-rapporto/>
 - Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 15° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici - FAVO 2023, <https://osservatorio.favo.it/quindicesimo-rapporto/>
 - Patto per un nuovo welfare sulla non auto-

- sufficienza, La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: a che punto siamo? Una guida per orientarsi, maggio 2023, <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2023/05/Guida-Delega-Anziani-Maggio-2023-DEF.pdf>
- Pesaresi F., Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. la norma, gli approfondimenti, le valutazioni, welfare ebook n. 7/2022, <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2023/02/ebook-77def.pdf>
 - Pesaresi F., Introduzione all'integrazione socio-sanitaria, <https://francopesaresi.blogspot.com/2023/10/introduzione-allintegrazione-socio.html>
 - Pesaresi F., Le Case della Comunità. Come saranno, <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/03/le-case-della-comunita-come-saranno/>
 - Piccoli comuni. Fimmg: "Servono subito incentivi per riportare il medico nelle aree disagiate", https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117204
 - Politecnico di Milano e Fondazione per la Sussidiarietà, Indicatori di qualità per misurare la performance degli enti locali, <https://www.sussidiarieta.net/cn3893/indicatori-di-qualita-per-misurare-la-performance-degli-enti-locali.html>
 - Presidenza del Consiglio dei Ministri, Le missioni e le componenti del PNRR, <https://www.governo.it/it/approfondimento/le-missioni-e-le-componenti-del-pnrr/16700>
 - Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per le Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ixoboesf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>
 - Proximity care. Vicini per la salute, Il progetto Proximity Care, <https://www.proximitycare.it/progetti-proximity-care/>
 - Rossi Mori A., Mercurio G., Contenti M. (a cura di), Telemedicina: Analisi della letteratura internazionale, Gennaio 2013, Consiglio Nazionale delle Ricerche – IRPPS, https://www.researchgate.net/publication/313843551_Telemedicina_Analisi_della_letteratura_internazionale
 - Salutequità, 8° Report Salutequità: Gap Analysis per l'equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, <http://salutequita.it/rapporto-8-salutequita-gap-analysis-per-lequita-nel-nuovo-sistema-di-garanzia-dei-lea/>
 - Save the Children, Fare spazio alla crescita, ottobre 2023, <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/fare-spazio-alla-crescita.pdf>
 - Senato della Repubblica, Emendamenti di Commissione relativi al DDL n. 615, <https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=ListEmendc&leg=19&id=56845>
 - Silver Economy Forum Italy, <https://www.silvereconomyforum.it/>
 - Sole24ore.com, Siliquini (SItI): più risorse per il Ssn e aumentare la centralità dei Distretti, 8/05/2023, <https://stream24.ilsole24ore.com/video/italia/sanita-siti-impiegare-meglio-risorse-ssn-puntando-prevenzione/AE3Oj1QD>
 - Lopez T., Meggiolaro A., Timelli L., (a cura di), Piano nazionale della prevenzione 2020-2025: Analisi della pianificazione regionale, <https://www.pianiregionalidella-prevenzione.it/doc/ReportNazionale.pdf>
 - Thaler R. H., Sunstein C. R., Nudge. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità, Feltrinelli, 2022
 - Ufficio Parlamentare di Bilancio, Focus tematico n. 4/3 agosto 2022. Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti, <https://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-4-3-agosto-2022/>

- Vetrano D.L. (a cura di), Trend di fragilità e long-term care in Italia, Indagine 2023 un progetto di ItaliaLongeva, <https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2023/07/Indagine-Italia-Longeva-2023.pdf>
- World Health Organization, What is One Health?, <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health>



ISBN 978-88-6650-229-6



9 788866 502296