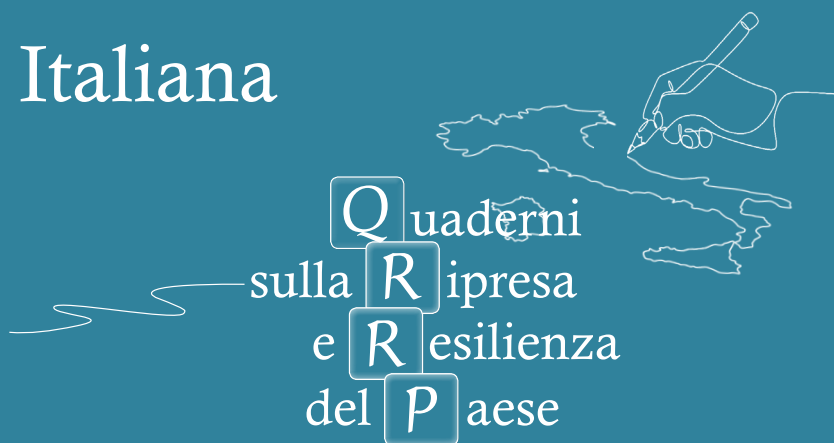


Caritas Italiana



# PNRR MISSIONE SALUTE: NON LASCIAMO INDIETRO NESSUNO!

NUMERO 3 | LUGLIO 2022

# Caritas Italiana

Servizio Documentazione

Quaderni  
sulla Ripresa  
e Resilienza  
del Paese

## PNRR MISSIONE SALUTE: NON LASCIAMO INDIETRO NESSUNO!

NUMERO 3 | LUGLIO 2022

*La serie Quaderni per la Ripresa e la Resilienza del Paese – a cura del Servizio Documentazione di Caritas Italiana – intende promuovere la circolazione di informazioni, riflessioni e valutazioni sulla fase attuativa del PNRR, avvalendosi di competenze multidisciplinari e plurali.*

*I contributi offerti in questo Quaderno vanno considerati come materiali di lavoro per il confronto e la riflessione. Non rappresentano, pertanto, un posizionamento di Caritas Italiana sul tema, ma uno strumento di approfondimento offerto a tutti coloro che sono impegnati o sensibili alle tematiche trattate.*

*Chiunque volesse esprimere valutazioni, anche critiche, o integrazioni può inviare contributi all'indirizzo e-mail [QRRP@caritas.it](mailto:QRRP@caritas.it). Tali contributi saranno analizzati nella prospettiva di eventuali e ulteriori approfondimenti tematici.*

**Comitato editoriale**

Nunzia De Capite  
Francesco Marsico  
Marco Pagnello  
Massimo Pallottino  
Sergio Pierantoni

**Coordinamento editoriale**

Francesco Marsico

**Progetto grafico, editing e impaginazione**

Danilo Angelelli

## INDICE

---

Sintesi	5
1. Introduzione <i>don Marco Pagniello   Caritas Italiana</i>	7
2. Dal Covid-19 al PNRR. Imparare dalla pandemia... per andare oltre <i>Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM): Giovanni Baglio   AGENAS; Salvatore Geraci   Caritas diocesana di Roma; Maurizio Marceca   Sapienza Università di Roma</i>	13
3. La riforma dell'assistenza territoriale <i>Alice Borghini   AGENAS</i>	19
4. La sanità nel PNRR: opportunità e rischi <i>Gavino Maciocco   Università di Firenze</i>	21
5. Costruire il lavoro di comunità per il supporto alle fragilità <i>Lucia Ferrara, Angelica Zazzera, Francesco Longo   CERGAS – SDA Bocconi</i>	29
6. Anziani e non autosufficienza: cosa sta succedendo tra crisi post-pandemia, PNRR e riforma? <i>Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli   CERGAS – SDA Bocconi</i>	36
7. La metrica di salute per guidare e valutare le innovazioni nel PNRR <i>Giuseppe Costa   Università di Torino e ASL TO3</i>	46
8. Il valore del “come”. La sperimentazione di un progetto pilota di prossimità nella ASL Roma 1 <i>Angelo Tanese, Paolo Parente, Camillo Giulio De Gregorio, Mauro Goletti   ASL Roma 1</i>	52
9. Conclusioni <i>Salvatore Geraci   Caritas diocesana di Roma; Cinzia Neglia   Caritas Italiana; Laura Rancilio   Caritas Ambrosiana</i>	62

## SINTESI

---

Il Quaderno n. 3 – curato da Salvatore Geraci, Alessia Maggi, Cinzia Neglia, Laura Rancilio – è dedicato al tema della salute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il Piano affonda le sue motivazioni – politiche ed emozionali – nella pandemia: nello shock soggettivo, sociale, sanitario ed economico che ha provocato l'apparire sulla scena mondiale e locale di un contagio privo di cura. E in qualche misura tenta di correggere le storture dell'approccio neoliberista nelle politiche pubbliche, che in campo sanitario hanno contribuito a moltiplicare gli effetti del contagio.

Per queste ragioni è particolarmente rilevante analizzare il Piano rispetto agli interventi riguardo alla salute, al fine di verificare se siamo di fronte a una effettiva inversione di tendenza o una modesta riarticolazione organizzativa. Le parole chiave di questa potenziale svolta sono belle e impegnative: “prossimità”, “comunità”, “presa in carico globale della persona”, “domiciliarità”. Ma la domanda che emerge è se l'impianto del PNRR e le sue prospettive attuative – che cominciano a delinearsi – sono adeguate a quelle parole.

Il Quaderno si apre con un capitolo che mostra come

*«sul versante della salute e dell'organizzazione sanitaria, la pandemia ha fatto emergere un senso collettivo di inadeguatezza, forse una mancanza, certamente un bisogno di protezione e ha sottolineato l'importanza di disporre di un Servizio sanitario a impronta marcatamente pubblica, diffuso omogeneamente sul territorio nazionale e capace di tutelare la salute di tutti, al di sopra degli interessi particolari»*

con l'auspicio che tale esperienza possa, nei fatti, anche attraverso il PNRR, orientare gli interventi territoriali verso una concreta medicina di prossimità.

I successivi capitoli enfatizzano, come logica interna del Piano, la proposta di un modello di presenza delle strutture sanitarie a livello territoriale, premessa necessaria per un cambio di paradigma, non tacendo, accanto alle opportunità, il rischio di una mera riarticolazione funzionale dell'offerta esistente e le ombre di un approccio

*«dove i servizi vengono “calati” secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio».*

Per tale ragione nel testo *Costruire il lavoro di comunità per il supporto alle fragilità* le Case della Comunità sono orientate verso le condizioni di maggiore fragilità, con una attenzione, nel capitolo *Anziani e non autosufficienza: cosa sta succedendo tra crisi post-pandemia, PNRR e riforma?*, alla condizione delle classi di età più avanzate, che tanto hanno pagato a seguito del drammatico impatto del Covid-19 sulle strutture a loro dedicate. Sul tema specifico, si tratta di porre in essere una effettiva riforma che tenga insieme la risposta alle carenze evidenziate durante la crisi pandemica e il cambio di prospettiva prefigurato dal PNRR. Questo comporta interventi sulla *governance* dei processi, razionalizzazione dei meccanismi di accesso, rafforzamento delle logiche di integrazione, percorsi di rilevante complessità in termini di definizione del disegno e di realizzazione territoriale.

Con il contributo su *La metrica di salute per guidare e valutare le innovazioni nel PNRR*, si riflette su quali infrastrutture concettuali e operative rendono possibile l'attuazione e la valutazione dei cambiamenti che il Piano vuole introdurre. Nel caso delle Case della Comunità, oltre al luogo, fisico, sono necessari altri prerequisiti,

*«come una infrastruttura informativa, un modello utile per la stratificazione del rischio e per il monitoraggio degli indicatori di processo e risultato [...], una funzione di raccordo e capacitazione come l'infermiere di famiglia e comunità, un meccanismo di ricerca-azione che permette di apprendere dalle esperienze».*

L'autore evidenzia altresì che le pratiche esistenti – come quelle in atto presso la ASL torinese TO3 – rappresentano già un patrimonio da cui trarre positivamente indicazioni attuative.

Con il capitolo dedicato a *Il valore del “come”*. *La sperimentazione di un progetto-pilota di prossimità nella ASL Roma 1*, si illustra il tentativo di riorientare il lavoro di una Azienda sanitaria della capitale verso una medicina effettivamente di comunità e di territorio. La dimensione del “come” diviene centrale per superare un approccio nominalistico o meramente formale al cambiamento richiesto; da qui la strategicità di approcci sperimentali e incrementali, che imparino dall'esperienza.

Le Conclusioni segnalano infine come i lavori contenuti nel Quaderno facciano emergere il tema delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi di salute e che questo tempo deve rafforzare la consapevolezza verso tale fenomeno e l'impegno per il suo contrasto. D'altro canto indicano come l'impegno di Caritas in questo contesto deve essere quello

*«di attivare la comunità, migliorare la comunicazione e l'informazione e soprattutto essere propositiva anche, o soprattutto, nei confronti dell'istituzione per far sì che l'organizzazione concreta dei servizi e delle risposte renda ragione dei principi, per evitare che ci si organizzi unicamente sulla base delle necessità di prestazioni sanitarie e non per la costruzione di contesti che siano preparati ad accompagnare le persone durante la vita con una particolare attenzione ai momenti di fragilità».*

Il PNRR affonda le sue motivazioni – politiche ed emozionali – nella pandemia: nello shock soggettivo, sociale, sanitario ed economico che ha provocato l'apparire sulla scena mondiale e locale di un contagio privo di cura.

Senza le immagini di malattia e di morte, l'infarto delle filiere transnazionali del commercio, i lockdown nazionali, non sarebbe scattato a livello nazionale ed europeo un meccanismo a valanga che ha travolto in poche settimane la logica neo-liberista delle politiche economiche dell'Unione, fino a quel momento orientata semplicemente a contenere politiche di spesa e di debito, sempre e in ogni caso. Anche a costo della sofferenza, quale che fosse, delle persone.

Non a caso poco più di un decennio prima, la scelta dell'Unione europea – nei mesi a ridosso dell'esplosione della crisi del 2008 – fu quella di proporre politiche di controllo del debito, come risposta a una drammatica fase recessiva. Quella scelta ha rappresentato non solo una tragica aggravante degli effetti della crisi soprattutto per i Paesi più deboli – Grecia, Portogallo, Italia e Spagna in primis – ma l'esempio di una coazione a ripetere – senza evidenze di efficacia – i dogmi della ideologia liberista, vale a dire portare avanti in ogni caso politiche di contenimento della spesa, del debito e, con questi, dell'inflazione.

Anche a costo di ignorare e peggiorare le condizioni sociali ed economiche di milioni di persone e famiglie, soprattutto quelle con redditi medio-bassi, abbandonate a sé stesse, ai propri drammi e frustrazioni e alle lusinghe dei partiti populistici e antisistema.

Di fronte a quello straordinario errore economico e politico tornano alla mente le parole di papa Francesco – nell'enciclica *Fratelli tutti* – quando afferma che

*«Il mercato da solo non risolve tutto, benché a volte vogliano farci credere questo dogma di fede neoliberale. Si tratta di un pensiero povero, ripetitivo, che propone sempre le stesse ricette di fronte a qualunque sfida si presenti»<sup>1</sup>.*

Solo a partire dal 2012, l'allora presidente della BCE Mario Draghi – ben cinque anni dopo l'avvio della crisi – riuscì a sviluppare, nonostante forti resistenze nazionali, politiche di sostegno dei debiti sovrani, tali da stabilizzare e mitigare gli effetti finanziari della crisi. Peraltro con logiche del tutto coerenti con il pensiero neoliberista: vale a dire sostenere i debiti pubblici nazionali – anche verso i Paesi indebitati – attraverso la liquidità del sistema bancario, il quale giovava della garanzia illimitata della BCE e lucrava l'interesse sul debito. In altri termini profitti garantiti e senza rischi, per il sistema bancario,

1. Papa Francesco, Lettera Enciclica *Fratelli tutti*, 168.

in larga misura responsabile del disastro, insieme ad autorità politiche e regolatorie, della crisi dei *subprime*.

In altri termini nuovo modello di sviluppo, tutela della vita, dell'ambiente del lavoro, erano tutte questioni aperte e largamente irrisolte nell'agenda globale ed europea, prima dell'esplosione della pandemia e segnalate con forza dal magistero sociale, e che oggi si ripresentano fortunatamente, ma non sappiamo quanto convintamente, come parole chiave delle politiche europee e, in parte, statunitensi.

La pandemia ha quindi rappresentato solo un tragico acceleratore delle fragilità infrastrutturali nazionali, producendo danni proporzionali alle condizioni dei sistemi di salute, economici e ambientali dei contesti in cui produce i suoi effetti. Sempre l'enciclica *Fratelli tutti* afferma:

*«La fragilità dei sistemi mondiali di fronte alla pandemia ha evidenziato che non tutto si risolve con la libertà di mercato e che, oltre a riabilitare una politica sana non sottomessa al dettato della finanza, “dobbiamo rimettere la dignità umana al centro e su quel pilastro vanno costruite le strutture sociali alternative di cui abbiamo bisogno”»<sup>2</sup>.*

Il PNRR sta intervenendo non solo sugli effetti del Covid-19 nei diversi Paesi, e ora anche della guerra, ma sull'effetto aggregato di quest'ultimo con quelli delle politiche economiche e sociali degli ultimi decenni: non si tratta soltanto di curare le conseguenze di una pure gravissima pandemia, ma provare a innescare processi virtuosi di sviluppo sulla base di un approccio meno vincolato alle logiche neoliberiste.

## ALCUNE LEZIONI APPRESE DALL'EPIDEMIA

La perdurante pandemia soprattutto nella sua fase iniziale ha mostrato come le politiche di bilancio degli anni precedenti avevano applicato alla salute strategie di mercato. In molte regioni italiane questo ha significato riduzione dei posti letto, disinvestimento nella medicina di base e territoriale, fino al non aggiornamento dei piani pandemici.

Gli effetti li conosciamo: ospedali del tutto impreparati alla pandemia, con pochi posti di terapia intensiva, medicina di base nella prima fase sostanzialmente fuori uso, assenza di presidi sanitari di base, come nel caso delle mascherine, mesi per ottenere da filiere produttive spezzate – e per lo più delocalizzate – nuovi macchinari e altri presidi.

L'effetto è stato – dopo decenni di crescita – un balzo all'indietro della speranza di vita. Infatti i dati diffusi dal nostro Istituto di Statistica nel Rapporto sul Benessere equo e sostenibile (BES) del 2020 hanno segnalato che la speranza di vita era scesa di 0,9 anni, passando da 83,2 a 82,3. Se si va nel dettaglio macro regionale, si scopre che nel Nord la speranza di vita passava da 82,1 anni nel 2010 a 83,6 nel 2019, per scendere nuovamente a 82 anni nel 2020. In particolare la Lombardia subiva un decremento di -2,4 anni.

---

*La pandemia soprattutto nella sua fase iniziale ha mostrato come le politiche di bilancio degli anni precedenti applicavano alla salute strategie di mercato*

---

2. *Ibidem*.



Guardando i dati BES ISTAT 2022 si vede che quello non era un effetto transitorio: nel secondo anno di pandemia l'eccesso di mortalità si riduce e si diffonde su tutto il territorio. Mentre nel 2020 la mortalità ha caratterizzato soprattutto le regioni del Nord, nel 2021 cambia la mappa del contagio, con un impatto che interessa tutto il territorio nazionale, ma che cresce nel Mezzogiorno. L'eccesso di mortalità ha comportato nel 2020 una riduzione della speranza di vita alla nascita di oltre 1 anno di vita a livello nazionale (da 83,2 nel 2019 a 82,1 anni nel 2020), mentre nel 2021 cresce a 82,4. Nonostante ciò siamo ai primi posti in Europa per speranza di vita. Le regioni hanno reagito diversamente: forte resilienza della Lombardia e di Trento che crollano e recuperano. La diminuzione continua in Calabria e Sicilia, con il Lazio che rimane stabile dopo la caduta<sup>3</sup>.

La pandemia ha, inoltre, quasi bloccato per mesi il sistema sanitario rispetto alle altre patologie, aggravando il bilancio delle vittime, in questo caso indirette, della pandemia.

Certo, il Paese ha reagito, sviluppando strategie inedite di contenimento e – una volta reso disponibile il vaccino – sviluppando una campagna vaccinale che ha ulteriormente contrastato la pandemia, con risultati degni di rilievo. Ma la consapevolezza che la salute non si presidia solo con gli ospedali e la sua diagnostica, che i piani pandemici devono essere reali, che il personale non può essere ridotto all'osso, appena sufficiente per l'ordinario, sono almeno alcune delle acquisizioni di questo tempo.

---

*Patologie del sistema di salute italiano: disparità territoriali, inadeguata integrazione, tempi di attesa elevati, scarse strategie di risposta a rischi ambientali, ...*

---

## PNRR E SALUTE: QUALI ANALISI E QUALI PROSPETTIVE

L'analisi delle patologie del sistema di salute italiano, che il Piano evidenzia, fissa alcuni punti quali:

- le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- i tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

La strategia del PNRR dichiara di voler affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese.

La *Missione 6* – dedicata alla salute – si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza

3. Sito ISTAT, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.istat.it/it/files//2022/04/Sabbadini-Bes-2021.pdf.

domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: le misure incluse in questa componente sono mirate al rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

In particolare la *Missione M6c1: Reti di Prossimità, Strutture di Telemedicina per l'assistenza Sanitaria Territoriale*, si struttura in:

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

Questa riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario. Essa prevede due attività principali:

- la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate;
- la definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio *One-Health*<sup>4</sup>.

---

*Una nuova strategia sanitaria che consideri sempre più il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario*

---

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

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità è finalizzato a potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità dovrebbe diventare lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

4. La definizione di *One Health* sviluppata dalla OHHLEP è la seguente: «È un approccio integrato e unificante che mira a equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (compresi gli ecosistemi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio mobilita molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società per lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando nel contempo la necessità collettiva di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, intervenire sul cambiamento climatico e contribuire allo sviluppo sostenibile».

Il Piano afferma in proposito:

*«La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, sono dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica».*

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

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

Il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale del Piano. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda sanitaria locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;
- utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. Per la realizzazione di tali interventi si utilizzeranno gli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti. Le misure previste nel presente investimento sono in linea e rafforzano quanto promosso e previsto dagli investimenti della *Componente 2 della Missione 5*.

---

*Il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale del Piano. Entro la metà del 2026 sarà preso in carico il 10 per cento degli over 65*

---

Sempre il Piano dichiara in proposito:

*«Solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana / disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio. All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina».*

Per quanto riguarda i servizi di telemedicina, gli obiettivi previsti sono:

- contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
- garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti;
- migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

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

Questo investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino a un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce a una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

L'Ospedale di Comunità dovrebbe facilitare altresì la transizione dei pazienti dalle 230 strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti.

## QUESTO QUADERNO...

... cerca di indagare tali dimensioni, cercando di offrire non solo approfondimenti, ma segnalando quelle che ci paiono precondizioni necessarie per una attuazione efficace, vincoli per far divenire duraturi ed effettivi i processi di riforma e di implementazione di servizi, alcune critiche rispetto a delle modalità attuative già emerse. Nessuno nega la straordinarietà degli investimenti finalizzati a potenziare i dispositivi del sistema sanitario del nostro Paese, ma non basta aumentare la spesa per migliorare le performance, se non si assumono seriamente le lezioni apprese e non si superano i meccanismi di coazione a ripetere modelli superati e inefficaci.

Soprattutto se si guardano i sistemi, quali che essi siano, dalla prospettiva di chi fa più fatica.

*Non basta aumentare la spesa, bisogna assumere le lezioni apprese e superare i meccanismi di coazione a ripetere modelli superati e inefficaci*

## 2 | Dal Covid-19 al PNRR. Imparare dalla pandemia... per andare oltre

*Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM):*

*Giovanni Baglio | AGENAS*

*Salvatore Geraci | Caritas diocesana di Roma*

*Maurizio Marceca | Sapienza Università di Roma*

Questo testo è tratto dalla pubblicazione *Salute e fragilità sociale in tempo di pandemia. Un punto di vista*, con riflessioni ed esperienze nella tutela della salute delle persone socialmente più deboli nella città di Roma. Caritas diocesana di Roma, luglio 2021.

Come sovente accade, nel momento del bisogno si comprende il vero significato delle cose, la portata di un gesto, il valore di una presenza. È un'esperienza personale o familiare che tutti noi abbiamo vissuto. Ebbene sul versante della salute e dell'organizzazione sanitaria, la pandemia ha fatto emergere un senso collettivo di inadeguatezza, forse una mancanza, certamente un bisogno di protezione e ha sottolineato l'importanza di disporre di un Servizio Sanitario a impronta marcatamente pubblica, diffuso omogeneamente sul territorio nazionale e capace di tutelare la salute di tutti, al di sopra degli interessi particolari.

Il recente periodo vissuto ha messo in luce limiti e storture dell'attuale assetto dei servizi sanitari, troppo sbilanciato sul "paradigma dell'attesa" dell'evento acuto da gestire attraverso l'assistenza ospedaliera altamente tecnologica, e ben poco orientato al "paradigma dell'iniziativa" incentrato invece sulle attività di promozione della salute, di prevenzione e sulle cure primarie. A fronte di tanta sofferenza individuale e collettiva, la pandemia ha positivamente inscritto nel lessico comune parole quali "territorio", "comunità", "fragilità", "vulnerabilità sociale", "prossimità", "partecipazione", "sussidiarietà", ... declinandole in vario modo nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. E tutto questo si è tradotto in un'azione costante di *advocacy* – soprattutto da parte del Terzo settore – e di denuncia rispetto all'aumento delle disuguaglianze a causa del Covid-19 e dei suoi effetti diretti e indiretti: disuguaglianze economiche, sociali e disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

In queste brevi riflessioni tenteremo di proporre una nostra lettura di alcune delle parole citate, a partire dalla definizione di disuguaglianze, intese come



«sistematiche, evitabili e rilevanti disparità nello stato di salute tra differenti gruppi socioeconomici all'interno della popolazione»,

risultato di una catena causale che trova la sua origine nella struttura stessa della società, attraverso l'impatto dei determinanti sociali che la caratterizzano<sup>1,2</sup>. Tra questi determinanti – come la pandemia ha mostrato – oltre alla ben nota azione giocata dall'istruzione, dall'occupazione, dal reddito, dall'abitazione... vale qui sottolineare il ruolo essenziale della coesione sociale: chi ha potuto godere infatti di una rete strutturata di relazioni è stato maggiormente protetto rispetto a chi invece scontava in partenza uno stato di maggior isolamento, letteralmente inteso come solitudine o rarefazione dei rapporti significativi.

Ecco perché le considerazioni tecniche su come sia possibile, oltre che opportuno, riqualificare e potenziare la rete dei servizi sanitari pubblici non possono e non devono essere disgiunte da un rilancio complessivo delle azioni di tutela sociale degli individui, dei gruppi e delle comunità, nella prospettiva di agire contemporaneamente per la promozione del loro *empowerment* e per la realizzazione di efficaci politiche intersettoriali in favore della salute e della qualità di vita.

Una questione di ampio respiro riguarda la possibilità concreta di ricostruire una sanità più rispondente alle reali necessità delle persone e più equa nel garantire a tutti l'accesso ai servizi e la "presa in carico". A tal fine, crediamo sia necessario ripartire da una piena comprensione della dialettica esistente tra bisogni di salute, domanda e offerta sanitaria, e questo può avvenire all'interno di un *framework*<sup>3</sup> in cui la copertura garantita dai servizi sia analizzata (e quindi riprogrammata) essenzialmente su tre versanti.

Il primo è quello della disponibilità. Rispetto a un dato territorio, la prima domanda da porsi è: i servizi ci sono? Ci sono i professionisti sanitari? C'è disponibilità di posti letto, di presidi territoriali, di strutture residenziali? Nell'emergenza Covid abbiamo visto come, a fronte di una pressante domanda di salute – abnormemente aumentata nella congiuntura della pandemia –, la disponibilità di tutta una serie di strutture e presidi sanitari sia mancata.

Il secondo versante è quello della qualità: i servizi ci sono, ma non (sempre) funzionano! Sappiamo come a volte le pratiche assistenziali manchino di efficacia e i servizi non garantiscano standard di cura appropriati, dal punto di vista clinico e organizzativo.

C'è poi un terzo versante, forse più delicato e complesso: i servizi ci sono, funzionano, ma non per tutti (allo stesso modo)! È il grande tema dell'equità (in cui rientra anche l'attenzione da riservare ai valori del paziente, e dunque la dimensione dell'accettabilità delle cure, oltre che della loro accessibilità).

---

*È necessario ripartire da una piena comprensione della dialettica esistente tra bisogni di salute, domanda e offerta sanitaria*

---

1. Achenon D., *Independent iniquity into inequalities in health: Report*, UK Stationery Office, Londra 1997.

2. Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health*, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>.

3. Il *framework* si richiama esplicitamente al modello AAAQ – *Availability, Accessibility, Acceptability and Quality* dell'OMS: <https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en/>.

Vi sono situazioni in cui la presenza di barriere di tipo giuridico, economico, sociale, linguistico, culturale, organizzativo, di fatto determina disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

E proprio in relazione all'adozione di questo *framework*, un tema emergente a livello europeo è rappresentato dalla cosiddetta “desertificazione sanitaria”. Il concetto – sempre più in uso – di *medical desert* fa riferimento non solo all'assenza di servizi, ma anche alla qualità e all'accessibilità dei percorsi sanitari, soprattutto rispetto alle frange più marginali della popolazione (gruppi *hard-to-reach*, *hidden populations*) che rimangono escluse dalle opportunità di prevenzione e di cura, in ragione della loro condizione di svantaggio socioeconomico. La stessa attualità italiana ci consegna l'ennesimo rischio di esclusione delle persone “invisibili” da un intervento così cruciale e – almeno sulla carta – condiviso da tutti come diritto universale, qual è quello della vaccinazione anti Sars-Cov-2<sup>4</sup>.

Rispetto a tali questioni, una delle parole chiave che emergono nell'ambito delle linee di *policy* tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è la “prossimità”. Lo stesso ministro della Salute, di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera e successivamente in diverse occasioni pubbliche, l'ha definita “parola-madre” del piano di investimenti in arrivo con il Recovery Fund:

*«Ricominciare a pensare un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prossimo, vicino, nell'immediatezza delle esigenze del cittadino»<sup>5</sup>.*

E ancora, il ministro ha voluto ribadire

*«che le parole chiave della sanità del futuro sono prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità»<sup>6</sup>.*

---

*«Le parole chiave della sanità del futuro sono prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità»*

---

Ma cosa vuol dire esattamente “prossimità”? In questi anni, in seno alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – da sempre impegnata sul fronte della tutela dei gruppi fragili della popolazione – sono state sviluppate significative esperienze volte a promuovere l'accessibilità dei servizi sociosanitari<sup>7</sup>. Tali esperienze sono servite a delineare i tratti di una “filosofia pratica della prossimità”, che oggi si offre come paradigma di riferimento, non solo per i migranti, ma per l'intera popolazione<sup>8,9</sup>.

4. Geraci S., Verona A., «Gli invisibili e il Diritto al vaccino». Post su [Saluteinternazionale.info](https://www.saluteinternazionale.info). Il Pensiero scientifico editore, 29 marzo 2021, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/>.

5. *Quotidiano Sanità* del 10/09/2020: [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=87827](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=87827).

6. *Sanità24. Il Sole 24 ore* del 24/06/2021: «Seconda Conferenza sulla salute mentale. Rotta sull'assistenza di comunità e di prossimità».

7. Geraci S., Affronti M., Marceca M., «Trent'anni di SIMM: 1990-2020». In *Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020*. Contributi culturali e scientifici per gli anni 2019-2020. Pendragon, Bologna, 2020; 28:65.

8. Baglio G., «Sanità Pubblica di Prossimità: un framework implementativo per la tutela della salute collettiva a partire dai gruppi marginali». In *Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020*. Contributi culturali e scientifici per gli anni 2019-2020. Pendragon, Bologna, 2020.

9. Baglio G., Eugeni E., «Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi *hard-to-reach*». In: Maciocco G. (a cura di), *Cure primarie e servizi territoriali*, Roma, Carocci Editore, 2019: 77-84.

In un articolo apparso qualche tempo fa sulla rivista *Recenti Progressi in Medicina*, è stata tentata una prima concettualizzazione del tema dell'accessibilità dei servizi sociosanitari, all'interno di una cornice teorico-pratica che abbiamo proposto di definire in termini di Sanità Pubblica di Prossimità (SPP)<sup>10</sup>. Nel contesto dell'assistenza ai gruppi marginali, la SPP rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Alla SPP fanno capo: a) attività svolte direttamente nei luoghi di vita dei gruppi target (offerta attiva di misure preventive e di prestazioni sanitarie e sociali minime, realizzazione di attività di educazione alla salute e orientamento ai servizi), realizzate secondo modalità flessibili, attraverso l'impiego di équipes multidisciplinari composte da operatori del settore pubblico e/o del privato sociale (raccolte sotto il termine *outreach*); b) interventi tesi a riorientare i servizi sanitari in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità, sviluppati a partire dalla capacità del sistema di "riconoscere" i bisogni sociosanitari della popolazione e dunque di aprirsi alle esigenze espresse dal territorio (la cosiddetta "mediazione di sistema"); c) programmi di formazione e reclutamento di individui e istituzioni comunitarie (famiglie, associazioni, network informali ecc.) che intervengono in accordo e/o in sinergia con gli operatori sociosanitari (coinvolgimento delle comunità)<sup>11</sup>.

"Prossimità" vuol dire dunque capacità (del sistema sanitario) di andare verso i territori e le popolazioni target in termini di presenza fisica (con espressione anglosassone si direbbe *shoe-leather*, letteralmente con la "suola delle scarpe"), proiettandosi oltre le mura per riuscire a raggiungere i gruppi che altrimenti non riuscirebbero ad accedere. Ma vuol dire anche capacità di ripensarsi in termini di maggiore permeabilità e fruibilità.

In questa cornice si inserisce la domiciliarità, anch'essa annunciata con enfasi nei piani di ridefinizione del SSN, che, coerentemente con quanto detto, dovremmo intendere in una forma integrata con gli aspetti sociali, anche in termini di "assenza": assenza delle mura domestiche, di relazioni, di semplici contatti. Uno degli strumenti base della domiciliarità, la telemedicina<sup>12</sup> – di cui pure si riconosce la necessità di un potenziamento – non dovrebbe sostituire la medicina del contatto cercato e voluto, dello sguardo non mediato dallo schermo ma impregnato di odori, sensazioni intuitive e messaggi ricevuti.

La pandemia ha unito i due estremi del sistema: gli anziani "protetti" in strutture sempre più chiuse, quasi barricate, e gli invisibili, senza dimora, di qualsiasi età, italiani e stranieri, sulla strada, senza mura, domiciliati nel nulla strutturato, presenti ma dimenticati, se non rimossi, anche dalla

---

*La pandemia ha unito i due estremi del sistema: gli anziani, protetti in strutture chiuse, e i senza dimora, dimenticati anche dalla sanità pubblica*

---

10. Baglio G., Eugeni E., Geraci S., *Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach*. *Recenti Prog Med* 2019; 110: 159-64.

11. Baglio G., «Covid-19 e prossimità: spunti di riflessione per la ripartenza», Newsletter Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di pediatria, N. 8, 19 dicembre 2020.

12. La telemedicina deve «rappresentare un mezzo per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia», Investimento 1.2 della Missione 6 del PNRR.



sanità pubblica<sup>13</sup>. Gli uni e gli altri hanno bisogno di prossimità, di una domiciliarità personalizzata, non mediata, di sentirsi presenti nel sistema, nella comunità.

In queste dinamiche, che potremmo definire proiettive e riflessive insieme, le comunità non dovrebbero rimanere avulse, ma essere incluse, anche attraverso azioni di *empowerment* e il pieno coinvolgimento in programmi di co-costruzione della salute. Le comunità vanno intese come gruppi di persone che vivono o lavorano insieme, o condividono rapporti, interessi e consuetudini: si va, ad esempio, da gruppi di cittadini più o meno organizzati a società scientifiche tematiche, ma anche a persone che condividono un percorso e uno spazio come accade in un'occupazione, in un centro d'accoglienza, in un "ghetto" o in un campo rom.

Avere la capacità di raggiungere queste aggregazioni umane è fondamentale negli interventi di prossimità, ma è importante renderle protagoniste affinché diventino agenti attivi di quel cambiamento di cui dovrebbero essere i beneficiari. Proprio le comunità, anche quelle meno strutturate, contribuiscono a definire la salute un «*bene comune*», non solo in quanto bene posseduto «*in comune*», ma anche come prodotto che viene «*costruito insieme*», all'interno di un rapporto dialettico con l'istituzione sanitaria<sup>14</sup>. Viene così declinata la parola "partecipazione" nelle attività di tutela della salute e, più specificatamente, nella lettura del bisogno e della domanda (spesso una vera e propria decodificazione) e della possibilità di un'azione concreta in particolare nei percorsi di promozione e prevenzione già in fase di definizione e programmazione.

Ciò si rende ancor più manifesto nella capacità di lavorare "in rete": una rete intesa come sistema integrato di servizi e competenze, in cui le istituzioni sanitarie pubbliche dovrebbero assumere un ruolo di *stewardship* nel promuovere e governare le azioni di tutela della salute collettiva.

Le associazioni del privato sociale, in una ottica di sussidiarietà orizzontale prevista dalla nostra Costituzione e non sempre valorizzata al meglio, dovrebbero a loro volta garantire una funzione di co-progettazione, supporto e intermediazione tra i servizi e la "popolazione bersaglio", offrendo anche in taluni casi al servizio pubblico intuizioni e proposte, in termini di azioni da intraprendere e politiche da attuare. La rete, laddove sufficientemente organizzata, permette di valorizzare le esperienze e le competenze, facilita i processi di scambio paritario, porta a sintesi le conoscenze accumulate, mette a sistema le risorse, intercettando il fermento che anima i territori, anche in termini di capitale sociale<sup>15</sup>.

Quanto scritto riteniamo debba essere una chiave di lettura, almeno per quanto attiene alla prossimità e alla comunità, in questa nuova fase di rico-

---

*Tutte le comunità contribuiscono a definire la salute un «bene comune», anche come prodotto che viene «costruito insieme» con l'istituzione sanitaria*

---

13. Geraci S., «Diseguali al tempo del vaccino» in *Italia Caritas*, «L'impatto di Covid-19 sulla società italiana: analisi, riflessioni e approfondimenti dal mondo Caritas», post del 16 giugno 2021 [https://www.caritas.it/home\\_page/attivita\\_/00008770\\_In\\_Italia.html](https://www.caritas.it/home_page/attivita_/00008770_In_Italia.html).

14. Eugeni E., «Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e della presa in carico in un Distretto sanitario romano», *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 38, ottobre 2014, pp. 537-554.

15. Baglio G, Eugeni E, Geraci S., *Salute globale e prossimità*, *ibidem*.

struzione e rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e, con esso, del Sistema-Paese. Il PNRR, con i provvedimenti che ne seguiranno, può essere infatti una straordinaria occasione di cambiamento proprio alla luce di quanto abbiamo vissuto con la pandemia, che ha svelato gli errori fatti in termini di programmazione sanitaria, di priorità organizzative, di allocazione delle risorse e, in definitiva, di carenza di *governance* territoriale e nazionale. La pandemia ha anche fatto intravedere la grande potenzialità di un sistema di tutela della salute che ha saputo mettersi in gioco rapidamente, anche dal punto di vista organizzativo (si pensi ad esempio alle USCAR che in alcune Regioni hanno rappresentato una determinante novità).

Un sistema che, laddove è riuscito a integrarsi con le forze attive della nostra società soprattutto nei confronti della parte più debole e indifesa, ha saputo offrire risposte tempestive (o forse sarebbe più giusto dire meno lente) e certamente efficaci.

Non possiamo che augurarci che le parole oramai divenute una sorta di mantra della ripartenza, “prossimità” e “comunità”, evocative di vicinanza, familiarità, condivisione e del prendersi cura... non rappresentino solo un restyling semantico. Vale la pena ricordare in proposito che già le Regioni erano state istituite perché fossero più prossime ai bisogni dei cittadini e che la chiave di lettura originaria del decentramento sanitario era stata quella di una migliore distribuzione delle responsabilità. Se si considerano però i modelli sanitari implementati, tanto diversi da produrre diseguaglianze (cosa che è successa proprio nelle prassi territoriali), andrebbero chiariti alcuni passaggi essenziali negli aspetti organizzativi, nella connessione tra i diversi attori istituzionali e assistenziali, nella continuità e nell’integrazione della presa in carico sanitaria e sociale, nelle linee di responsabilità sul piano individuale e organizzativo.

Bisogna quindi continuare a credere nel Servizio Sanitario pubblico, nell’accezione di servizio per tutte e tutti, e dove tutte e tutti devono essere protagonisti pur se con ruoli e missioni differenti, avendo come finalità il bene comune non subordinato a logiche economiche o dinamiche di potere. E proprio guardando a quello che è stato, all’esperienza della pandemia, i termini “prossimità” e “comunità” si intrecciano a nostro avviso con un’altra parola, “servizio”, che di per sé diventa “orizzonte di senso” e ci fa puntare oltre con concretezza e umanità.

*Bisogna continuare a credere nel Servizio Sanitario pubblico, nell’accezione di servizio per tutte e tutti, e dove tutte e tutti devono essere protagonisti*

La transizione demografica ed epidemiologica e più recentemente la pandemia da Covid-19 hanno evidenziato la necessità di intervenire sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per rispondere alla crescente domanda di bisogni di salute complessi. Tali bisogni richiedono servizi integrati, forniti anche attraverso l'assistenza territoriale che garantisce maggiore equità di accesso, migliori *outcome* di salute e contenimento dei costi<sup>1</sup>. Sempre più evidente è inoltre la necessità di soluzioni tecnologiche e digitali a supporto di pazienti e professionisti. In questo contesto si è resa necessaria l'introduzione di una riforma per valorizzare le strutture di prossimità e la rete territoriale.

L'assistenza territoriale comprende l'insieme delle attività di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e gli aspetti assistenziali e organizzativi dei servizi offerti sul territorio e rappresenta il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili e anziani. Le cure primarie e di prossimità sono infatti in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento e facilitano interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute.

La *Componente 1* della *Missione 6 Salute* mira a potenziare e a rendere omogenea l'offerta della rete territoriale su tutto il territorio nazionale attraverso interventi normativi e strutturali tesi a rispondere ai bisogni di salute della comunità, migliorando l'equità di accesso ai servizi sanitari indipendentemente dal luogo in cui si vive e dalle condizioni socioeconomiche. Tali interventi si fondano su centralità del paziente, integrazione e modernizzazione sia tecnologica che organizzativa dei servizi.

I principali elementi di novità definiti dalla riforma dell'assistenza territoriale sono l'introduzione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità e l'utilizzo della telemedicina in modo sempre più estensivo e routinario. In particolare, l'obiettivo è quello di rendere l'assistenza sempre più vicina al paziente e i servizi sanitari integrati e facilmente accessibili alla comunità di riferimento.

Il Sistema Sanitario Nazionale si pone come obiettivo quello di aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare, fino ad arrivare al 10 per cento della popolazione over 65 in carico entro il 2026. Per rafforzare questa tipologia di assistenza si prevede anche di riorganizzare i processi di assistenza domiciliare mediante l'utilizzo di soluzioni digitali innovative quali gli strumenti di intelligenza artificiale e di telemedicina. Quest'ultima

1. Starfield B., Shi L., *Policy relevant determinants of health: an international perspective*, Health Policy (New York), 2002; 60(3):201–18; Macinko J., Starfield B., Shi L., *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998*, Health Serv Res. 2003;38(3):831–65.

è un approccio innovativo che consente l'erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali e implica il trasferimento di dati e informazioni in diversi formati (numerici, testuali ecc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona). Tali strumenti possono essere utilizzati dai professionisti per fornire delle prestazioni agli assistiti oppure tra professionisti per fornire consulenza e supporto. Con la telemedicina si mira a (i) contribuire a colmare i divari geografici del sistema sanitario; (ii) migliorare i risultati dell'assistenza e il percorso dei pazienti; (iii) aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare.

Le Case della Comunità sono invece il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione mediante il quale l'assistito entra in contatto con i servizi di assistenza sanitaria. In questa struttura avviene la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un modello di sanità di iniziativa e l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari. All'interno vi operano e collaborano diversi professionisti della salute e, in particolare, l'infermiere di famiglia e comunità, figura professionale con forte orientamento alla gestione proattiva della salute, che risponde ai bisogni della popolazione ed è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione dei processi di salute individuali, familiari e di comunità.

Le Centrali Operative Territoriali sono invece delle strutture rivolte ai professionisti della salute e assicurano continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Le principali funzioni svolte sono il coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, coordinamento degli interventi, supporto informativo e logistico e monitoraggio, anche attraverso la telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare.

Anche le cure intermedie sono interessate dal progetto di potenziamento dell'assistenza territoriale e in particolare attraverso l'attivazione di Ospedali di Comunità. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio. Le finalità principali sono evitare ricoveri ospedalieri impropri, favorire dimissioni protette in luoghi più idonei per l'assistito e agevolare il recupero funzionale.

La riforma territoriale, oltre ad apportare cambiamenti attraverso l'istituzione di nuove infrastrutture organizzativo-strutturali e la valorizzazione delle figure professionali coinvolte, prevede il potenziamento dei sistemi informativi come il Fascicolo Sanitario Elettronico e il Nuovo Sistema Informativo Sanitario. I nuovi modelli organizzativi svolgeranno una funzione cruciale per il miglioramento generale della qualità del SSN e in particolare dell'assistenza primaria al fine di personalizzare le cure, prediligendo l'assistenza domiciliare ed evitando, quando possibile, il disagio di un ricovero ospedaliero garantendo la presa in carico multidisciplinare della cronicità.

*I nuovi modelli organizzativi miglioreranno la qualità del SSN e in particolare dell'assistenza primaria al fine di personalizzare le cure*

## 4 | La sanità nel PNRR: opportunità e rischi

*Gavino Maciocco | Università di Firenze*

### INTRODUZIONE

La pandemia ha messo a nudo gli elementi di maggiore fragilità e inefficienza del nostro sistema sanitario e assistenziale, indebolito da anni di definanziamento e di progressiva riduzione del personale. Tutto il sistema ne ha sofferto, ma in particolare i servizi di cure primarie e di prevenzione, ovvero quelle componenti del sistema che avrebbero dovuto svolgere il ruolo di contenimento nei confronti della pandemia. Viceversa l'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti, intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali.

Nel corso della prima ondata l'intero sistema si trovò impreparato di fronte alla pandemia: la Lombardia ne fu l'epicentro e le falle dell'organizzazione delle cure primarie furono più evidenti, ma gravi problemi di tenuta di questi servizi si registrarono ovunque al punto che il Governo emanò un decreto legge del 9 marzo 2020 n. 14 che all'art. 8 prevedeva l'istituzione di Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), composte da un medico e un infermiere per la presa in carico di pazienti affetti da Covid-19 o sospetti per i quali non è ritenuto necessario un ricovero ospedaliero. Le USCA – una ogni 50 mila abitanti e attive sette giorni su sette, dalle ore 8 alle 20 – dovevano essere una soluzione emergenziale nel corso della prima ondata ma ad esse si è fatto ricorso anche nella seconda.

Se nella prima ondata l'effetto sorpresa e la grave carenza di dispositivi individuali di sicurezza giustificava l'adozione di misure di emergenza, come l'istituzione delle USCA, per supplire le funzioni dei medici di medicina generale nell'assistenza ai loro pazienti, nella seconda ondata, a partire cioè dall'ottobre 2020, la loro conferma (e in molti casi il loro potenziamento) si è resa necessaria per i gravi limiti organizzativi e strutturali della medicina generale.

La pandemia ha messo a nudo l'inefficienza strutturale della medicina generale italiana, dove gran parte dei medici lavora in solitudine all'interno di civili abitazioni, senza poter garantire – in caso di pandemia – le minime condizioni di sicurezza per i pazienti, per sé stessi e anche per i condomini.



Il ruolo fondamentale delle cure primarie nella risposta al Covid-19 è sottolineato in un documento dell'OMS del marzo 2020, che ne identifica le principali funzioni: a) distinguere i pazienti Covid da quelli con altri sintomi respiratori; b) diagnosticare precocemente i casi; c) proteggere le persone più fragili (che corrono i maggiori rischi, sia fisici che psicologici); d) ridurre il ricorso ai servizi ospedalieri.

Il documento individua una serie di elementi decisivi nella gestione della pandemia a livello di cure primarie, tra cui:

1. Creazione di una zona “sporca” (*isolation room*) all'interno delle strutture in modo da separare i soggetti con sintomi suggestivi di Covid-19 dal resto dei pazienti. La stanza delle visite e relativa area di attesa dovranno essere regolarmente decontaminate.
2. Svolgere attività di *triage* dei pazienti per identificare le situazioni con maggiore sofferenza respiratoria e che richiedono trattamenti di emergenza.
3. In caso di impossibilità di assistere o isolare a domicilio un paziente vanno individuate soluzioni residenziali alternative (come alberghi sanitari) in cui assistere le persone fino a quando permangono i sintomi e i test diagnostici si negativizzano.
4. In caso di eccesso di pressione sui servizi a causa della pandemia, vanno definite le priorità d'intervento, che devono comunque garantire l'accessibilità ai servizi essenziali per la comunità: a) i servizi di prevenzione, come le vaccinazioni; b) l'assistenza al parto e al neonato; c) i servizi per i gruppi vulnerabili, come bambini e anziani; d) i servizi per le urgenze, per il possibile trasferimento in ospedale<sup>1</sup>.

---

*Subito dopo l'esplosione della pandemia si levò un coro unanime: «Rafforzare i servizi territoriali e di prevenzione!»*

---

A caldo, nei mesi immediatamente successivi all'esplosione della pandemia – con il terribile carico di morti, con la società paralizzata dal lockdown e l'economia a pezzi – si levò un coro unanime (da destra a sinistra, dal Sud al Nord): «Basta tagli alla sanità! Più posti letto e più personale!» e – soprattutto –: «Rafforzare la prima linea del SSN: i servizi territoriali e di prevenzione!».

Circolavano anche le prime analisi del fabbisogno finanziario per consentire la rinascita del SSN. Un indizio lo fornisce lo stesso ministro della Salute, Roberto Speranza, favorevole ad accedere al prestito del MES (Meccanismo europeo di stabilità): una linea di credito di 36 miliardi di euro. Un'occasione – nelle parole del ministro – per chiudere la stagione dei tagli e per trasformare una crisi in una grande opportunità. Ma non ci sarà bisogno di ricorrere al prestito del MES, perché nel luglio 2020 viene raggiunta l'intesa sul Recovery Fund: gli Stati dell'UE autorizzano la Commissione europea a contrarre un debito (tramite Eurobond), per conto dell'Unione, fino a 750 miliardi da destinare agli Stati in parte con contributi a fondo perduto (390 mld) e in parte con prestiti (360 mld). All'Italia spetteranno 191,5 miliardi di euro in 6 anni. Di questi, 122,6 miliardi saranno prestiti e 68,9 miliardi sovvenzioni a fondo perduto.

1. WHO, «2020 Role of Primary Care in the Covid-19 Response: Interim Guidance», WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

### Le proposte della Rete

Una vasta rete di associazioni, gruppi, movimenti – raccolta intorno a Salute diritto fondamentale e Sos Sanità – si è subito mossa per proporre il “buon uso” dei finanziamenti europei, con un documento diffuso ai primi di settembre 2020, *Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: Assistenza sociale e sanitaria territoriale*<sup>2</sup>, in cui tra l’altro si legge:

*«L'emergenza sanitaria da Covid-19, e le gravi conseguenze sociali ed economiche che ha provocato, hanno spinto i governi dell'Unione europea a riconsiderare le politiche di austerità, perseguite in questi anni con esiti catastrofici, e a mettere finalmente a disposizione ingenti risorse per il rilancio dei Paesi colpiti dall'epidemia. Si tratta di una fondamentale occasione per ripensare e rilanciare il nostro welfare sociosanitario. [...] È necessario che si affermi in maniera compiuta un modello di “salute di comunità e nella comunità”. È necessaria una transizione da un sistema sanitario focalizzato sulla patologia a un sistema centrato sulla salute, che non eroghi solo prestazioni, ma operi per contrastare le malattie, in un’ottica di prevenzione e promozione della salute. È necessario un rinnovamento delle politiche sociali, a lungo relegate al margine delle politiche pubbliche, per accompagnare gli individui lungo l’intero percorso della vita, in particolare nei momenti di fragilità, in modo integrato con il sistema sanitario. [...] Un efficace potenziamento delle reti dell’assistenza sociosanitaria territoriale richiede un impegno collettivo e un’organizzazione “strutturata” nel Distretto in grado di organizzare i servizi in funzione delle persone e della comunità (e non delle malattie), realizzando una forte integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale e sanità, con la partecipazione della popolazione. È dunque il Distretto sociosanitario, inteso come “struttura forte”, il baricentro e il motore per l’assistenza territoriale, e da cui devono dipendere strutture e professionisti».*

---

*Il documento propone un Piano nazionale per l’assistenza socio-sanitaria territoriale e relativi progetti, per un fabbisogno di 30 miliardi di euro in 3-4 anni*

---

Il documento propone un Piano nazionale per l’assistenza sociosanitaria territoriale (PNT) e relativi progetti, per un fabbisogno complessivo di 30 miliardi di euro distribuiti in 3-4 anni.

### Le prime proposte del governo

Suscita enorme sorpresa, e delusione, la proposta di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentata dal governo nel dicembre 2020, che riserva agli investimenti per la salute 9 miliardi: appena il 4,6 per cento delle enormi risorse messe a disposizione con il Recovery Fund (o meglio Next Generation UE). La rete delle associazioni reagisce duramente alla proposta del Governo:

*«È una scelta che ha dell’incredibile. Avevano detto che la pandemia sarebbe stata l’occasione per ripensare a fondo, e rinnovare, la struttura e l’organizzazione del nostro SSN e avevano detto: Mai più tagli. Avevano detto che andava rafforzata la prima linea, quella della prevenzione, delle cure primarie, dell’integrazione tra sociale e sanitario: quella linea che si era subito sfaldata nella prima ondata e che non è stata*

2. <https://www.saluteinternazionale.info/2020/09/pre-appello-in-difesa-dellassistenza-territoriale/>.

rafforzata in vista della seconda. Avevano dichiarato che per fare tutto ciò ci sarebbero stati anche i 37 miliardi del MES. Poi hanno detto che i soldi del MES non servivano, perché c'erano quelli del Recovery Fund. E invece ai progetti per la salute sono state riservate le briciole. Ci troviamo di fronte a una scelta politica precisa, uno schiaffo alla sanità pubblica nazionale e ai servizi sociali»<sup>3</sup>.

## La sanità nel PNRR

Nella versione definitiva del PNRR (aprile 2021) alla sanità vengono assegnate maggiori risorse di quante previste nella prima versione del dicembre 2020, ma di molto inferiori rispetto a quelle ritenute necessarie dalla rete dei movimenti e dallo stesso ministro: 15,67 miliardi di euro. L'area d'intervento Salute (Missione 6) si apre comunque con un'affermazione importante:

*«La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici».*

### QUADRO DELLE RISORSE DESTINATO AI DUE SETTORI DELLA MISSIONE 6

Area di intervento: Salute

Obiettivi generali

La Missione 6 mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura dei cittadini, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. In particolare la strategia intende:

- rafforzare la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali;
- garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni;
- ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;
- promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
- individuare un centro di eccellenze per le epidemie.

Quadro delle risorse. Missione 6 (MILIARDI DI EURO)

M6. SALUTE	Totale
M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	9,63
<b>Totale Missione 6</b>	<b>15,63</b>

La Missione 6 (M6C1) del PNRR si occupa appunto di Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:

*«Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari».*

Come si nota nella tabella della pagina successiva, al potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale vengono assegnati

3. <https://salutedirittofondamentale.it/uno-schiaffo-alla-sanita-pubblica/>.



7,00 miliardi di euro, suddivisi in tre diversi investimenti: 1. Case della Comunità; 2. Assistenza domiciliare; 3. Ospedale di Comunità.

I FINANZIAMENTI PER LA M6C1	
M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Ambiti di intervento/Misura	Totale
1. Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	7,00
Investimento 1: L'istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario	2,00
Investimento 2: la casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie	4,00
Investimento 3: il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).	1,00
<b>Totale Componente</b>	<b>7,00</b>

Per ciascuno dei tre “investimenti” riportiamo parte del testo contenuto nel PNRR.

### *Case della Comunità*

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

### *Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare*

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10 per cento riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata. L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);

- realizzare presso ogni Azienda sanitaria locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali operative territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

### *Sviluppo delle cure intermedie*

L'investimento mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di venti posti letto (con un massimo di quaranta posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, tale da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di circa 380 Ospedali di Comunità.

### LUCI E OMBRE DEL DM71

Lo scorso 21 aprile il Consiglio dei Ministri ha approvato il DM71 (*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*<sup>4</sup>), il decreto del

Ministero della Salute che definisce la cornice di politica sanitaria entro cui si dovranno inserire le azioni del PNRR. Una cornice fatta di luci e di ombre<sup>5</sup>.

#### Le luci

Il decreto prevede che le regioni adottino entro sei mesi «*il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale*» secondo criteri uguali per tutto il Paese. È poi significativo che l'introduzione del documento sia orientata a un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo «*secondo un approccio one health*».

Altro aspetto positivo: si parla di "Distretto". Benché un'assistenza territoriale incernierata sui Distretti sociosanitari sia stata ben definita già da tempo nella normativa nazionale, la loro attuazione è stata incompleta e con ampie diversificazioni tra le Regioni, in alcune delle quali il Distretto di fatto non esiste. Il DM71, invece, entrando nello specifico di questioni organizzative e attuative dettate a tutto il Paese, indica la volontà politica di attivare effettivamente i Distretti e di inserirli in una cornice istituzionale-organizzativa vincolante. Ad esempio, la Lombardia, che con il "modello sperimentale" introdotto dalla Legge 23/2015 aveva reso i Distretti un'entità virtuale, ne ha avviato la reintroduzione, già solo a seguito della messa in circolazione delle bozze del DM71.

---

*Il DM71 è il decreto del Ministero della Salute sulla politica sanitaria entro cui si dovranno inserire le azioni del PNRR*

---

4. <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/Modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellAssistenza-Territoriale-nel-Servizio-Sanitario-Nazionale-CdM-21.4.22-.pdf>.

5. Lonati F., «DM71 Quale modello?», <https://www.saluteinternazionale.info/2022/05/dm71-qual-modello/>.

Infine vengono ricompresi in un unico atto, e ricondotti al Distretto e alla Casa della Comunità, tutti i servizi dell'Assistenza primaria. Non si menzionano quindi solo medici e pediatri di famiglia, ma anche le attività di prevenzione, i servizi consultoriali, le farmacie, l'assistenza domiciliare e le cure palliative.

### Le ombre

Il DM71 appare tuttavia complessivamente orientato al «*sanitario con erogazione di prestazioni*», anziché alla «*salute e benessere dei singoli e della collettività*». Non si scorge il necessario passaggio dall'approccio ospedaliero (necessario ed efficace per rispondere alle acuzie gravi ma inadatto alla prevenzione e a gestire le cronicità) verso un modello proattivo di promozione e prevenzione della salute nei luoghi di vita, prevedendo il coinvolgimento attivo delle comunità e delle persone, che devono diventare esse stesse protagoniste della propria salute. In altre parole, manca la corretta visione di *Primary Health Care* indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In verità tale impostazione è ben espressa nell'introduzione del DM71; purtroppo però non la si ritrova nello sviluppo delle indicazioni organizzative, specialmente per gli argomenti esposti di seguito.

Mancano l'idea e il processo di “territorializzazione” del SSN: il DM71 afferma infatti che

*«il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio»;*

un modello cioè dove i servizi vengono “calati” secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dai biso-

gni e dalle risorse del territorio. Non viene specificato che il Distretto è innanzitutto un territorio identificato sulla base di criteri geografici-sociali-esistenziali-organizzativi-epidemiologici, e che *in/con/per* questo territorio definito va sviluppata l'organizzazione distrettuale, finalizzata a “territorializzarvi” il Servizio Sanitario Nazionale.

Manca anche l'approccio comunitario: le attività previste sono infatti orientate alla diagnosi e alla cura dei singoli piuttosto che alla valorizzazione di tutte le risorse locali sociali, scolastiche, lavorative, associative, di vicinato, per promuovere salute nei luoghi di vita, per gestire le cronicità avvalendosi della collaborazione e cooperazione, per contrastare le disuguaglianze in salute con la promozione di una diffusa sensibilità sociale.

Si individua il medesimo limite nella sezione del DM71 dedicata alla

*«stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico».*

Si prevede infatti una rilevazione dei bisogni fatta solo sulla base dei consumi sanitari: modalità certamente interessante e ricca di potenzialità, ma che andrebbe integrata attraverso l'apporto delle conoscenze di operatori responsabilizzati in percorsi di governo clinico e salute collettiva, attraverso la visione delle amministrazioni e dei servizi comunali, attraverso il recupero delle conoscenze che le varie componenti della “società civile” possono portare.

Peraltro il volontariato e il Terzo settore, quando citati nel DM71, sono considerati in chiave eminentemente prestazionale: non se ne riconoscono le

---

*Non si scorge il passaggio dall'approccio ospedaliero a un modello di promozione e prevenzione della salute nei luoghi di vita*

---

potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale; appare anche una possibile confusione tra Terzo settore locale e privato profit (che se di grandi dimensioni sovrasta il livello distrettuale-comunitario). In particolare, il “privato” viene considerato a prescindere dal fatto che sia profit o non profit, locale o sovra-locale, proprio perché concepito nel solo meccanismo di prestazioni erogate da enti in competizione, anziché di servizi attuati in collaborazione. Anche il sostanziale non coinvolgimento dei Comuni pare corrispondere al non riconoscimento del potenziale apporto alla salute dei singoli e delle comunità di ciò che è esterno ai servizi propriamente sanitari.

Tali orientamenti del DM71 trovano ulteriore conferma nella mancata indicazione della centralità e necessità del lavoro in équipe multiprofessionali e soprattutto di come queste debbano funzionare. Solo così si possono garantire risposte globali e personalizzate, orientate a produrre salute e benessere anche quando si deve convivere con disabilità e cronicità. Solo così è possibile evitare che siano le persone, le famiglie, i gruppi sociali, a doversi “arrangiare” per ricomporre le prestazioni delle diverse figure professionali e delle diverse forniture di prodotti sanitari. Il DM71 invece prevede settori-professioni tra loro separati, autonomi e tendenzialmente autosufficienti.

Come questi (medici di famiglia o specialisti, infermieri di famiglia e comunità, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, cure palliative, consultorio familiare, attività psicologiche, attività di prevenzione, ...) si connettano all'interno delle Case della Comunità non risulta chiaro. Si rende ipotizzabile che addirittura possano funzionare come entità appaltabili all'esterno. La strutturazione prevista per ciascuno appare rigida, di tipo ospedaliero, non in una prospettiva territoriale. Manca cioè il come la Casa della Comunità diventi perno di tutti gli attori nel territorio di riferimento. E non sembra casuale che l'obiettivo principale indicato nel DM71 sia la riduzione del numero di accessi al pronto soccorso e al ricovero, non il produrre salute.

Soprattutto non è esplicitato come i medici (e i pediatri) di famiglia si connettano all'insieme: non è disegnato il loro ruolo benché, attraverso il loro compito di prescrivere farmaci e indagini, sia in posizione baricentrica, principale chiave di accesso al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il DM71 non dice come si connettono alle équipe multiprofessionali. Il rischio è che rimangano ancora di fatto esterni, addirittura controparte, al sistema distrettuale, quand'anche svolgano la propria attività in toto o in parte all'interno della Casa della Comunità.

Infine rimane del tutto aperto il come garantire l'inserimento di tutti gli operatori previsti secondo gli standard prescritti dal DM71, considerata l'attuale carenza di operatori in servizio, frutto dei progressivi “tagli” degli anni passati e delle massicce uscite pensionistiche, nonché l'attuale carenza di operatori formati e, non ultimo, la fuga verso il privato e l'estero, certamente favorita da condizioni economico-contrattuali-lavorative assolutamente inadeguate.

*Come medici di famiglia, infermieri di famiglia, Ospedale di Comunità, ... si connettano all'interno delle Case della Comunità non risulta chiaro*

## 5 | Costruire il lavoro di comunità per il supporto alle fragilità

*Lucia Ferrara, Angelica Zazzera,  
Francesco Longo | Cergas – SDA Bocconi*

Per riparare ai gravi danni sociali ed economici causati dalla pandemia, l'Europa ha potenziato il proprio bilancio pluriennale 2021-2027 con un programma di finanziamento straordinario, il Next Generation EU (NGEU), uno strumento programmatico di ripresa economica attraverso cui intende dare forma ai pilastri cardine della propria visione strategica per il futuro: transizione ecologica, trasformazione digitale, coesione sociale, territoriale e di genere, crescita sostenibile e inclusiva, politiche di sostegno per le nuove generazioni, salute e resilienza istituzionale.

Il nostro Paese, con l'elaborazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha fatto propri i principi fondamentali del programma europeo e ha definito un piano che si articola in sei *Missioni*, per un totale complessivo di 191,5 miliardi di euro. Tra le varie *Missioni*, la *Missione 6*, a cui vengono assegnati in totale 20,23 miliardi (inclusi i finanziamenti del Fondo Complementare e di REACT-EU), è dedicata alla sanità e si articola in due componenti principali: *M6.1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* con cui intende potenziare l'assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture (come Ospedali di Comunità e Case della Comunità) e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; *M6.2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, con cui intende rafforzare la digitalizzazione e il capitale umano attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Il PNRR è un documento di alta visione e di allocazione di importanti risorse di investimento per il SSN, che propone obiettivi largamente condivisibili, spesso generici, ed è costruito per ottenere ampio consenso in Europa, con gli *stakeholder* domestici e con l'opinione pubblica. Nel PNRR ogni *trade-off* programmatico viene volutamente evitato, offrendo ampi spazi di indeterminazione e, di conseguenza, autonomia per i singoli contesti regionali e aziendali.

Sulla base di tale premessa, il contributo si articola in quattro parti tra loro correlate e congiunte: 1) riflette sulle aree di indeterminazione del PNRR e sulle possibili vocazioni che le Case della Comunità (CdC) possono assumere, in particolare rispetto al lavoro di comunità per il supporto alla fragilità; 2) descrive quali sono le variabili da considerare nella scelta tra le possibili vocazioni; 3) presenta come la comunità, intesa come insieme di reti sociali, possa diventare una piattaforma sulla quale poter operazionalizzare il lavoro di *community building*; 4) infine, presenta possibili logiche e strumenti per attuare il lavoro di comunità, in particolare a supporto dei target più fragili.



## LE AREE DI INDETERMINATEZZA DEL PNRR E LE POSSIBILI VOCAZIONI DELLE CASE DI COMUNITÀ

Nel PNRR la Casa della Comunità (CdC) viene descritta come

*«una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialistici, infermieri di comunità (IFeC), altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali [...] un punto di riferimento continuativo per la popolazione che ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento».*

Nel DM 71 vengono definiti in linea generale i criteri per individuare il rapporto tra la CdC e la popolazione di riferimento, oltre ad alcuni aspetti relativi ai modelli organizzativi, all'organizzazione in rete Hub & Spoke e alle funzioni principali. All'interno di questa cornice normativa sono, tuttavia, lasciati ampi spazi decisionali e di indeterminatezza alle Regioni e alle singole AUSL in merito alla tipologia e vocazione da dare alle CdC da attivare, che può variare a seconda dei servizi inseriti e, di conseguenza, degli obiettivi perseguiti.

Come già discusso in altri contributi (Longo, 2022), la CdC può essere interpretata in maniera diversa, portando alla definizione di molte possibili fattispecie di "Case" con distinte vocazioni. Si delineano, infatti, almeno tre modelli possibili di "Case": il modello "Casa della Salute", che si contraddistinguerebbe per la presenza di servizi sanitari collocati in un unico luogo fisico e integrati tra loro; il modello "Casa Sociosanitaria", che integrerebbe sia i servizi sanitari territoriali del SSN sia alcuni o tutti i servizi sociali degli enti locali; infine, il modello "Casa della Comunità", che integrerebbe tutti i servizi sanitari territoriali, alcuni o tutti i servizi sociali degli enti locali e allo stesso tempo si aprirebbe alle risorse e alle reti di comunità.

Ognuna delle tre tipologie descritte potrebbe essere a sua volta interpretata in maniera diversa, portando alla definizione di molte possibili fattispecie di Case, come mostrato di seguito nella rappresentazione sintetica delle possibili vocazioni.

### CASA DELLA SALUTE

- a. Accesso e *case management* della cronicità stabile
- b. Casa della specialistica territoriale
- c. Casa della fragilità e *long term care*
- d. Piattaforma dei servizi territoriali: psichiatria, igiene, materno-infantile ecc.

### CASA SOCIOSANITARIA

- e. Co-programmazione interistituzionale
- f. Accesso e *case management* socio-sanitario
- g. Erogazione di servizi SSN ed EE.LL. (quota parte)
- h. Erogazione del portafoglio completo dei servizi SSN territoriali e degli EE.LL., delega dei servizi socioassistenziali

### CASA DELLA COMUNITÀ

- i. Co-produzione di gruppo (educazione sanitaria per gruppi di pazienti)
- l. Partecipazione democratica: co-design dei servizi, valutazione partecipata
- m. Valorizzazione e creazione di reti sociali (gruppi di lettura, gruppi di cammino, rete dei NEET)

A seconda della vocazione, la CdC potrebbe configurarsi quindi come: a) luogo predisposto alla medicina di iniziativa, in cui viene garantito l'accesso ai servizi e il *case management* della cronicità stabilizzata; b) luogo erogativo delle cure primarie e della specialistica territoriale per i pazienti cronici o c) prevalentemente per i soggetti fragili, non autosufficienti anziani e disabili adulti; d) piattaforma erogativa di tutti i servizi territoriali specialistici (psichiatria, igiene pubblica, materno-infantile, neuropsichiatria infantile ecc.); e) luogo in cui si garantisce l'accesso unitario sia per i servizi assistenziali sia per quelli sociali (attraverso il PUA) e f) il *case management* unitario (sia sociale sia sanitario); g) luogo di erogazione di alcuni servizi sanitari e di una quota parte dei servizi sociali degli enti locali (che spesso sono erogati dal Terzo settore), che verrebbero ricollocati dalle loro sedi tradizionali alla Casa Sociosanitaria; h) luogo in cui si garantisce l'erogazione dell'intero portafoglio dei servizi sociali che verrebbero quindi delegati al SSN da parte degli enti locali o perlomeno pienamente integrati; i) luogo di co-produzione di gruppo, in cui i servizi sanitari e sociali (ad esempio, l'educazione sanitaria) non vengono erogati per un singolo paziente ma ad un gruppo di pazienti *peers*; l) centro per la co-progettazione e la valutazione partecipata dei servizi e delle performance, lasciando spazio alla partecipazione democratica; m) luogo che intende promuovere, sostenere e valorizzare le reti sociali esterne ai servizi pubblici (come i gruppi di lettura in biblioteca, i gruppi di cammino, la rete dei NEET, il volontariato in genere ecc.) per tutelare e promuovere la salute.

Si tratta di possibili declinazioni di CdC, con una vocazione più sanitaria, socio-sanitaria o comunitaria, molto diversi tra di loro ma ugualmente sfidanti, che possono essere variabilmente coniugati.

---

*Per programmare le vocazioni da assegnare alla Casa di Comunità, gli stakeholder dovranno considerare almeno tre variabili presenti in ogni territorio*

---

## COME SCEGLIERE LA VOCAZIONE DELLE CASE DELLA COMUNITÀ PER IL SUPPORTO ALLA FRAGILITÀ?

Nella programmazione delle CdC, la sfida per gli *stakeholder* locali sarà quindi quella di decidere quale delle diverse vocazioni possibili assegnare a ciascuna struttura, tenendo in considerazione che: 1) le vocazioni non sono tra di loro alternative ma possono combinarsi variabilmente tra di loro, anche per rispondere alle specificità dei singoli contesti e per valorizzare le reali risorse umane e di servizi disponibili; 2) le vocazioni non sono statiche, ma si evolvono e arricchiscono progressivamente nel tempo.

Come scegliere quindi tra le possibili vocazioni? Per programmare la combinazione di vocazioni da assegnare alla singola CdC, gli *stakeholder* locali dovranno considerare almeno tre variabili presenti in ciascun territorio:

- capitale istituzionale: indica la forza degli enti e delle aziende pubbliche e può essere misurato in base alla stabilità e riconoscimento della direzione generale di un'AUSL o del sindaco di un Comune; al *commitment* sulle Case della Comunità; alla disponibilità a investire nella loro evoluzione progressiva; alle competenze professionali disponibili.
- Capitale sociale: fa riferimento alle caratteristiche del tessuto sociale e della comunità del territorio (es. diffusione di associazioni di volontariato, livello di fiducia che le persone ripongono nelle istituzioni, presenza e forza delle reti sociali formali e informali).

- Risorse: fa riferimento alle risorse pubbliche disponibili, che dipendono sia dalle scelte di allocazione delle risorse e di razionalizzazione dei servizi esistenti; sia dalla situazione di equilibrio economico degli enti locali e dell'Azienda sanitaria, che può favorire o meno scelte di spesa espansive.

Un contesto ad alto capitale istituzionale, sociale e di risorse crea una situazione favorevole per un rapido e progressivo sviluppo del modello “Case della Comunità” che integra elementi che derivano da tutte e tre le vocazioni (Case della Salute, Case Sociosanitarie e Case della Comunità). Diversamente, in un contesto di medio capitale istituzionale, sociale e disponibilità di risorse, è possibile prevedere circa metà delle Case a vocazione “Casa della Comunità”, mentre l'altra metà (nei contesti più difficili) delle Case divise ugualmente tra Case a vocazione sociosanitaria e Case della Salute, con modalità di apprendimento dai territori più virtuosi. Infine, in contesti con una bassa combinazione delle tre variabili, si potranno iniziare a programmare la maggioranza delle strutture con la vocazione di Case della Salute in senso stretto e solo una parte di sperimentazioni pilota di Case Sociosanitarie e Case della Comunità nei territori più forti. Dopo la prima sperimentazione e con il sostegno da parte di altri territori, nel tempo le vocazioni potrebbero modificarsi andando a tendere verso la vocazione “Case della Comunità”.

---

*Un contesto ad alto capitale istituzionale, sociale e di risorse crea una situazione favorevole per lo sviluppo del modello “Case della Comunità”*

---

### **QUAL È IL POSSIBILE RUOLO DELLA COMUNITÀ NEL SUPPORTO ALLA PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITÀ?**

Nella definizione fornita sulla terza fattispecie di “Casa” proposta, ovvero la Casa della Comunità, essa si può aprire alle risorse e alle reti presenti nella comunità. Che cosa sono le reti sociali e come possono essere valorizzate e gestite per migliorare il supporto alla presa in carico della fragilità? Le reti sociali sono l'insieme delle strutture relazionali tra attori che definiscono il contesto nel quale questi si muovono e le cui caratteristiche servono per spiegare i comportamenti degli attori che compongono la rete stessa (Wellman & Berkowitz, 1988). All'interno delle reti sociali agiscono dei meccanismi di mutuo riconoscimento e influenza reciproca, che portano gli individui che le compongono a sentire di farne parte e ad essere condizionati da quanto tali reti rappresentano per il singolo individuo.

Esistono ampi spazi di possibile collaborazione tra la pubblica amministrazione (PA) e la comunità intesa come insieme di reti sociali. Tuttavia, le singole reti sociali sono molto diverse tra di loro; per questo motivo meccanismi di mappatura, analisi e classificazione delle reti sociali da parte della PA sono fondamentali per identificare la modalità di relazione più coerente ed efficace da adottare per attivare una collaborazione proficua, che generi contributi e ricompense sia per la PA sia per le reti.

In primo luogo, le reti sociali possono differenziarsi in base al livello di formalizzazione e di consapevolezza della rete stessa: si va da reti informali e con un basso livello di consapevolezza (i frequentatori abituali di uno stesso luogo o i genitori di una scuola) a reti informali con un'attiva partecipazione consapevole (la parrocchia o i gruppi di volontariato), fino a reti con un



elevato livello di formalizzazione e di attiva partecipazione (associazioni e sindacati). Comprendere il grado di formalizzazione e consapevolezza delle reti è cruciale per identificare i giusti interlocutori e meccanismi di collaborazione che la PA può attivare con esse. Esistono poi molte altre variabili che aiutano a comprendere la natura delle reti e quindi la postura che la PA deve assumere nel loro coinvolgimento. Tra queste ricordiamo: i) tipologia di relazioni all'interno della rete; ii) finalità perseguite; iii) logiche applicate; iv) dimensioni; v) tipologia di connessioni; vi) rapporto con l'ambiente esterno; vii) rapporto con le istituzioni.

Effettuare una mappatura delle reti sociali esistenti su un territorio e delle loro caratteristiche specifiche rappresenta un'occasione strategica di analisi del contesto e di identificazione dei potenziali attori da coinvolgere in iniziative di *community building* (Bonciani, 2021).

Quali contributi possono derivare dalla collaborazione con la comunità per la PA? Le reti sociali possono: i) promuovere le connessioni sociali e contrastare la solitudine e gli effetti negativi per il benessere psico-sociale; ii) veicolare messaggi di educazione sanitaria e sociale, promuovendo la *literacy* medica e facendo prevenzione primaria; iii) diffondere la conoscenza dei servizi esistenti; iv) migliorare i meccanismi di comunicazione e il contatto con gli utenti della PA; v) reclutare in modo proattivo gli utenti; vi) aumentare l'aderenza ai percorsi; vii) promuovere e migliorare l'autocura; viii) monitorare l'esperienza dei pazienti; ix) raccogliere la prospettiva dei pazienti; x) offrire servizi complementari a quelli pubblici; xi) supportare i servizi pubblici attraverso contributi economici. Ad esempio, per quanto riguarda il reclutamento proattivo, la rete sociale costituita da chi frequenta la parrocchia può essere un canale strategico per individuare i soggetti fragili che ne fanno parte e inserirli in programmi di welfare di iniziativa.

Allo stesso modo, le associazioni di volontariato possono attivarsi per azioni di contrasto alla solitudine o di educazione sanitaria per i soggetti fragili, dare sostegno alle famiglie, facilitare l'accesso e la fruizione di servizi a pagamento (Longo e Maino, 2021). Anche le reti sociali possono trarre dei benefici nella collaborazione con le istituzioni pubbliche, ad esempio ottenendo accreditamento istituzionale e visibilità, ma anche aumentando l'occasione di fare *networking* con altre istituzioni e reti. Oltre al fatto che le reti potrebbero ricevere anche supporti concreti, quali ad esempio formazione, messa a disposizione di spazi pubblici oppure fondi per svolgere attività.

---

*Le associazioni di volontariato possono attivarsi per azioni di contrasto alla solitudine o di educazione sanitaria per i soggetti fragili*

---

## QUALI STRUMENTI MANAGERIALI PER ATTUARE IL LAVORO DI COMUNITÀ?

L'azione di innovazione insita nel lavoro di comunità può nascere da una iniziativa promossa da una rete sociale, da un soggetto organizzato del Terzo settore (professionale o volontario) o da una istituzione pubblica. In ogni caso, è necessario utilizzare logiche e strumenti manageriali capaci di sostenere le reti sociali esistenti sia in fase di programmazione che in fase di gestione, rendicontando il valore aggiunto attivato per la comunità.

Tra gli strumenti manageriali più utili per il lavoro di comunità si segnalano i seguenti (Longo e Barsanti, 2021):

- l'adozione di logiche e strumenti per l'analisi dei bisogni territoriali e dei servizi: permette di definire i gap di copertura; supportare la definizione dei problemi e delle priorità, sia in termini di target di popolazione sia di *cluster* territoriale, per ancorare le iniziative di comunità a obiettivi specifici e correlati;
- la definizione della *governance* sia del sistema di rete allargata che delle singole iniziative rappresenta un esercizio decisivo, articolato e multi-livello che mira a un coinvolgimento efficace di tutti gli *stakeholder*, a una integrazione tra istituzioni pubbliche, tra pubblico e privato formalizzato e professionale (profit e non profit), tra welfare strutturato e informale, tra livelli micro (es. Casa della Comunità) e di aria più ampia (es. Distretto), al fine di generare il necessario *commitment* diffuso;
- la definizione del piano strategico: rappresenta uno strumento di *agenda setting* istituzionale, che intende definire l'insieme delle priorità di azione e delle reti delle alleanze sociali e istituzionali, a partire dalla definizione del target di popolazione obiettivo dell'iniziativa, alla motivazione per cui si sceglie l'approccio di comunità, alle reti che si intende attivare e alle risorse per ogni iniziativa. Esso può essere definito a livello di singolo distretto-ambito sociale oppure considerando il territorio di una intera AUSL. Il *trade-off* più significativo che il piano strategico deve risolvere è se le iniziative e le progettualità previste devono essere replicate in parallelo nei vari territori oppure se si privilegia la scelta di concentrarsi su un ristretto numero di territori o di sperimentare target e forme diverse nei singoli territori;
- le profonde trasformazioni indotte da logiche di comunità richiedono un supporto di *change management* da parte di una pluralità di attori e *stakeholder* con approcci e sensibilità diverse nelle istituzioni pubbliche e nelle reti sociali per affiancare e ibridare i servizi pubblici di welfare tradizionali con iniziative di CB;
- La definizione del sistema di programmazione e controllo per temperare contributi e ricompense tra i nodi della rete di alleanze e per valutare il rapporto costo-efficacia complessivo delle singole iniziative e del loro complesso.

---

*Tra gli strumenti manageriali più utili per il lavoro di comunità, c'è l'adozione di logiche e strumenti per l'analisi dei bisogni territoriali e dei servizi*

---

In sintesi, come discusso nel contributo, il PNRR offre oggi ampi spazi di autonomia strategica per i singoli territori e i decisori locali che si potrà esprimere nella chiara identificazione della vocazione delle singole Case della Comunità, nell'identificazione delle reti sociali esistenti o da attivare e coinvolgere, nella precisa attivazione di logiche e strumenti manageriali di programmazione, gestione e monitoraggio. Il PNRR offre d'altro canto ampi spazi di autonomia per azioni di innovazione da parte delle reti sociali, del Terzo settore e dell'istituzione pubblica. La sfida è quindi non farsi trovare impreparati e iniziare a ragionare su quale ruolo sarà possibile giocare nella presa in carico dei vari target e quali strumenti manageriali potranno essere adottati per attuare il lavoro di comunità.

## Bibliografia

- Boncianni M., «Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il community building?» In *Community building: logiche e strumenti di management*, Longo, F., & Barsanti, S. (a cura di) Egea, Milano, 2021, pp. 65-86.
- Longo F., Barsanti S., *Community Building: logiche e strumenti di management*, EGEA, 2021.
- Longo F., «Dalle Case della Salute a quelle di Comunità: quale vocazione?», LombardiaSociale, 2022.
- Longo F., Maino F., *Platform welfare: nuove logiche per innovare i servizi sociali*, EGEA 2021.
- Wellman B., Berkowitz S.D., *Social Structures: A Network Approach*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

*Il PNRR offre ampi spazi di autonomia strategica per i singoli territori e i decisori locali che si potrà esprimere nelle singole Case della Comunità, ...*

## 6 | Anziani e non autosufficienza: cosa sta succedendo tra crisi post-pandemia, PNRR e riforma?

Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli | CERGAS – SDA Bocconi

Il settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è rimasto profondamente segnato dagli anni 2020 e 2021. La pandemia ha agito su un settore già profondamente in crisi per le sue caratteristiche. Il settore socio-sanitario in generale, e quello dedicato alla non autosufficienza in particolare, si è presentato alla pandemia come un settore frammentato, sotto-finanziato, con normativa e regolamentazione in molte Regioni vetusta e non adeguata ai cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici<sup>1</sup>. Non da ultimo, si è presentato come un settore scarsamente considerato dalle *policy* e dalla politica.

La questione demografica è stata citata a più riprese come la futura “bomba a orologeria” del sistema di welfare italiano. Nonostante questo, negli anni il tema non autosufficienza non è mai entrato nel dibattito pubblico e politico con l'incisività necessaria, determinando nei fatti una assenza di visione politica su come gestire la questione demografica. Le poche politiche pubbliche esistenti non sono riuscite a essere incisive e ancora oggi la capacità di risposta del welfare pubblico è limitata (inferiore al 30 per cento degli anziani non autosufficienti stimanti)<sup>2</sup> così come lo sono le risorse a disposizione e gli investimenti in ambito privato. La questione anziani non è, infatti, solo un tema di pensioni e prestazioni monetarie: i servizi di cura, presa in carico e, in termini più generali, *caregiving* sono essenziali di fronte a stime che ci dicono che già oggi oltre il 28 per cento degli anziani oltre i 65 è non autosufficiente e necessita di accudimento quotidiano. Al momento sono le famiglie a occuparsene attivando risorse proprie, ma un welfare pubblico ad ambizione universalistica come quello italiano non può non considerare questo tema sociale.

Se Covid-19 ha avuto un ruolo nell'enfatizzare gli elementi di criticità del settore, ha avuto anche il merito (se così si può dire, purtroppo) di avviare un dibattito collettivo sui servizi per anziani, residenziali in particolare, e sui cambiamenti e investimenti necessari. Dopo la grande presa di coscienza collettiva legata alle morti per Covid-19 in RSA (che, vogliamo precisare, si sono manifestate in Italia in modo non dissimile da altri Paesi occiden-

1. Per una discussione approfondita di questi temi si veda Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E., 2021, «Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia», 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea: Milano.

2. A proposito si vedano le stime proposte nel Rapporto OASI del CERGAS – SDA Bocconi.

li<sup>3</sup>), ci si aspettava e ci si preparava all'avvio di un periodo di grandi cambiamenti rispetto al settore.

A giugno 2022 dobbiamo però riscontrare questi segnali: le Regioni sono state molto lente (così come lo erano state nelle diverse ondate pandemiche) ad avviare percorsi di cambiamento e ad oggi (a quanto ci risulta) nessuna Regione ha avviato percorsi significativi di revisione delle politiche e dei servizi; a livello nazionale il PNRR investimenti ha toccato solo marginalmente la tematica, dando indicazioni parziali e legate ad alcuni servizi, senza promuovere investimenti strutturali dedicati a questo ambito di *policy*; il PNRR riforme ha dato stimolo alla discussione di una riforma nazionale per la non autosufficienza che, ad oggi, è l'elemento più rilevante di cambiamento potenziale da segnalare. Tuttavia, questa è ancora lontana dall'essere ratificata e ancora più incerti sono i suoi futuri tempi di implementazione. Le anticipazioni che sono disponibili mostrano poi come alcuni temi siano assenti sia dalla proposta di riforma che nel dibattito in corso.

Nei prossimi paragrafi si passano in rassegna alcune evidenze e considerazioni rispetto a questi temi.

## L'EFFETTO DI COVID-19 SUL SETTORE NON AUTOSUFFICIENZA

Alla fine del 2020 i gestori dei servizi per anziani non autosufficienti segnalavano diverse criticità che perduravano dopo circa un anno di pandemia. Gli elementi di difficoltà riguardavano questi aspetti poi confermati anche per il 2021:

- *Crisi economica del settore*: conseguentemente alle chiusure e all'aumento dei costi legati a Covid-19 i gestori pubblici e privati hanno chiuso il 2020 (e parzialmente anche il 2021) con grandi difficoltà rispetto alla sostenibilità economica e un alto numero di organizzazioni (di varia natura giuridica) in crisi finanziaria e di sostenibilità.
- *Difficile gestione delle risorse umane*: tra il 2020 e il 2021 è esplosa anche una crisi del personale, infermieristico prevalentemente ma anche assistenziale (ASA e OSS). La carenza di figure professionali, le assunzioni straordinarie di SSN e la scarsa attrattività del comparto socio-sanitario hanno portato a una carenza significativa che ha inciso sulla qualità e disponibilità di servizi.
- *Nuovo assetto dei servizi in conseguenza alla gestione della pandemia*. Covid-19 ha imposto nuove procedure di presa in carico, standard di gestione del rischio e processi interni più gravosi che in passato. In alcuni casi gli spazi interni di alcuni servizi sono stati adattati e modificati. L'impatto di questi cambiamenti è durevole e richiede diversi assetti gestionali anche con riferimento alle rendicontazioni verso l'esterno e ai contatti con i soggetti che gestiscono le vigilanze, i controlli e gli accreditamenti.
- Nel 2020 (con una ripresa nel 2021) si è assistito a un *calo strutturale dei nuovi inserimenti e accessi e delle liste di attesa*. Con regole diverse, ma sia i servizi residenziali che domiciliari hanno operato a regime ridotto portando a una riduzione delle prese in carico e dei volumi di attività.

---

*A fine 2020 nei servizi per anziani non autosufficienti si segnalavano criticità che perduravano dopo un anno di pandemia*

---

3. Si veda ad esempio il lavoro di confronto fatto dal network internazionale LTC responses to Covid-19 di LSE <https://ltccovid.org/>.



Questi trend vissuti e raccontati dai gestori dei servizi, uniti ad altri due dati che raccontano il settore ovvero la ridotta capacità del sistema pubblico di dare risposte alle famiglie e la grandissima diffusione di soluzioni fai-da-te centrate sull'attivazione di badanti, definiscono quelle che avrebbero dovuto essere le priorità di cambiamento e investimento nel settore. Il settore, infatti, si presenta debole e indebolito da più punti di vista. Lato politiche pubbliche, si è già detto come queste nel tempo siano state poco incisive.

## LE AREE DI CAMBIAMENTO AUSPICATE PER IL SETTORE NON AUTOSUFFICIENZA

Alla luce di quanto detto, e più in generale date le caratteristiche del settore, le aree su cui è auspicabile (dal punto di vista di chi scrive) un cambiamento e investimento (di innovazione e di risorse finanziarie) sono le seguenti:

1. *Lavorare per rafforzare, o creare ex novo dove non esistono, reti che integrino fattivamente i servizi per anziani con altri servizi del territorio, sanitari di varia natura, sociali e dell'abitare.* La sfida dell'invecchiamento è troppo grande e i bisogni delle famiglie e degli anziani troppo complessi per illudersi che basti individuare il servizio perfetto per risolvere la questione. Il tema è certamente innovare i servizi esistenti (RSA e ADI, vedi sotto) ma soprattutto creare le condizioni per dare risposte multidimensionali e composite a bisogni che così sono.

2. *Innovare i servizi specificatamente rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente.* Analizzando le Regioni italiane, queste differiscono per articolazione delle reti di offerta ma gli unici servizi che raggiungono numeri rilevanti sono le residenze con componente socio-sanitaria e l'ADI. Sono

servizi essenziali ma rigidi nelle loro caratteristiche e non adeguati per rispondere alle diverse necessità di anziani e famiglie. Sono inoltre troppo pochi nella loro diffusione e concentrati su una tipologia di bisogno specifica. Non è realistico pensare che queste due siano le uniche risposte per 2,8 milioni di anziani e, nei fatti, le famiglie già suppliscono a questa carenza attivando altri interventi. È necessario ripensare quindi l'offerta per considerare, ad esempio, le demenze e patologie simili, le nuove esigenze famigliari ecc. Anche il tema delle cronicità non deve essere trascurato: il comparto non autosufficienza e quello cronicità sono gestiti e considerati come separati ma sono invece insieme che si sovrappongono per la maggioranza dei casi che ne sono coinvolti. Servizi per la cronicità che non guardino all'età anziana e non autosufficienza e viceversa, sono servizi parziali che riescono a prendere in carico le diverse situazioni.

3. *Rivedere il livello di finanziamento nazionale, regionale e locale.* Il tema delle risorse finanziarie è triplice perché riguarda sia l'ammontare delle risorse che il modello di *governance* e gestione di queste ma anche le modalità di assegnazione ai servizi e ai beneficiari. Sarà quindi necessario discutere se è possibile aumentare il finanziamento pubblico e con quali risorse. Sarà poi necessario comprendere come debbano essere gestite queste risorse. Ad oggi sono suddivise tra tanti soggetti pubblici in una logica a silos e la ricomposizione viene fatta alla base dalle famiglie che

---

*Lavorare per rafforzare o creare reti che integrino fattivamente i servizi per anziani con altri servizi del territorio*

---

ricevono i diversi contributi. Questa modalità non è efficace e rischia di portare a iniquità e duplicazioni (che già oggi sono ipotizzabili anche se non verificate; si dovrebbe analizzare chi sono oggi i riceventi di Indennità di Accompagnamento e, contestualmente, di altri servizi pubblici). Questa suddivisione comporta anche il fatto che nessuna istituzione pubblica sia formalmente riconosciuta come centrale e che non si consideri mai l'insieme delle risorse disponibili per fare una programmazione seria delle politiche e degli interventi. Non bisogna poi dimenticare il ruolo della spesa privata che è, di gran lunga, la più rilevante oggi nel determinare la risposta ai bisogni. Ad oggi, questa non è considerata né governata in alcun modo, ma in prospettiva si dovrà ragionare di come integrarla con quella pubblica in modo da mettere a sistema le risorse nel migliore dei modi.

4. *Avviare iniziative e politiche di rafforzamento del personale del settore e politiche industriali strutturate.* Anche in questo caso il tema è triplice. Da un lato si dovrà affrontare la questione della carenza numerica di certe professioni (infermieri e professionisti sanitari soprattutto) e di come garantire anche al comparto socio-sanitario un rafforzato e adeguato afflusso di professionisti nel breve (se non brevissimo) periodo. Dall'altro si dovrà riflettere su quali siano le competenze e di conseguenza le professioni del futuro. Ad esempio, poco si è fatto rispetto al ruolo di *care management* con riferimento alla non autosufficienza e a come organizzare e consolidare questa figura. Non si tratta solo di trovare un maggior numero di infermieri, quindi, ma anche di interrogarsi sui ruoli e sulle competenze necessarie nel comparto. Il terzo tema riguarda la gestione (e regolarizzazione) del corpo professionale più numeroso nel settore, ovvero quello degli assistenti famigliari (badanti). La loro numerosità e rilevanza è tale da imporre un intervento urgente che riconosca limiti e potenzialità del ricorso a badanti e che punti a una integrazione e sinergia con gli altri servizi esistenti nella logica di valorizzare le competenze esistenti, rafforzandole o aggiungendone quando serve.

5. *Puntare sulla tecnologia anche con riferimento a iniziative di prevenzione e invecchiamento attivo.* La gamma delle soluzioni di servizio implementabili grazie alla tecnologia è vasta e completamente inesplorata a livello di servizi per anziani se non per sperimentazioni o iniziative di singoli gestori.

Quanto di questi temi è stato incorporato nelle iniziative recenti di riforma e cambiamento?

---

*Puntare sulla tecnologia anche con riferimento a iniziative di prevenzione e invecchiamento attivo*

---

## COSA STA ACCADENDO CON PNRR INVESTIMENTI

Il documento PNRR include il termine “anziani” 23 volte. Un numero piuttosto esiguo. Si parla di anziani:

1. Citando tra le sfide sociali la necessità di garantire sostegno agli anziani non autosufficienti, richiamando i trend demografici e citando la *Missione 5* (per la residenzialità) e la *Missione 6* (per le connessioni con la sanità del territorio) come rilevanti rispetto a questo tema.

2. Citando tra le sfide da gestire quella della garanzia dei diritti delle persone con disabilità rispetto alle quali si richiamano anche le sfide dell'età anziana.
3. Richiamando il tema del *caregiving* e del sostegno alle famiglie come una delle priorità trasversali del Piano.

Con questi primi tre punti siamo nell'area della dichiarazione degli intenti e dei principi. Non seguono infatti particolari azioni se non in modo funzionale ad altri obiettivi.

Ad esempio, nella *Missione 5* si parla di finanziamento per interventi di riqualifica o rigenerazione urbana legati alla ristrutturazione o realizzazione di soluzioni residenziali per anziani parlando di soluzioni alloggiative innovative anche riconvertendo RSA o case di riposo.

Sempre nella *Missione 5* al punto *Riforma 1.2* si esprimono indicazioni per *Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti* dicendo che

*«La riforma [...] è volta a introdurre con provvedimento legislativo [...] un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti [...] finalizzato alla formale individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti nella cornice finanziaria indicata. I principi fondamentali della riforma sono quelli della semplificazione dell'accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario, dell'individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale, di un assessment multidimensionale, della definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione. Agli stessi fini, saranno potenziate le infrastrutture tecnologiche del sistema informativo della non autosufficienza».*

Di questo si parlerà nel prossimo paragrafo.

Nella *Missione 6* si citano i bisogni degli anziani con riferimento all'*Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona*, menzionando questo target come uno dei possibili destinatari di questo tipo di servizio.

Tralasciando la riforma nazionale che verrà discussa poi, la partita investimenti si è quindi concentrata rispetto alla non autosufficienza su un unico tema: quello della realizzazione di infrastrutture per superare il modello RSA. A onor del vero, dopo oltre 12 mesi di emanazione di PNRR, è evidente come questa linea di lavoro sia percorribile solo da alcuni soggetti o partenariati con caratteristiche ben precise e in situazioni in cui c'è disponibilità di patrimonio (immobiliare) pubblico. Rispetto alla più volte richiamata necessità di investire sull'innovazione dei servizi (per le tipologie) e su una maggior diffusione di servizi (per aumentare i posti disponibili), questa linea è stata giudicata da più voci come inadeguata e non centrata rispetto alle effettive necessità della popolazione.

Inoltre, nonostante le premesse parlassero di investimenti rispetto all'espansione dell'assistenza domiciliare, quella rivolta alla non autosufficienza non compare tra gli interventi finanziati che parlano genericamente di rafforzare i servizi ma non declinano il tema rispetto al comparto di cui stiamo parlando. Allo stesso tempo non si ipotizza nulla rispetto al funzionamento di questi servizi, non toccando il tema del personale né quello delle modalità

---

*La partita investimenti si è concentrata rispetto alla non autosufficienza su un unico tema: la realizzazione di infrastrutture per superare il modello RSA*

---



di gestione ed erogazione. Questa è una critica che è stata mossa in modo trasversale a PNRR, riconoscendo come non sia stata considerata la spesa di parte corrente e gli interventi conseguenti che sono necessari per dare gambe e mani (e teste) agli investimenti finanziati.

Rispetto, poi, al tema Case della Comunità e connessioni con sociosanitario, anche questa è stata vista come una sfida mancata da PNRR. L'aver inserito il termine "anziani" tra i target possibili oggetto di lavoro non è garanzia di riuscita. Rispetto alla sanità territoriale e ai meccanismi di coordinamento si attendevano azioni più incisive che creassero sia i luoghi che le modalità di lavoro coordinato e integrato. In questo senso numerosissime sono state le prese di posizione e anche le candidature di istituzioni pubbliche e private che operano nel settore non autosufficienza che si sono proposte per realizzare una o più iniziative previste rispetto al rafforzamento della sanità del territorio, ma questi sono stati messi in secondo piano rispetto a una centratura sugli enti SSN che non ha lasciato spazio (con poche eccezioni) a un riposizionamento dei soggetti che si occupano di non autosufficienza.

Questi commenti e osservazioni non sono nuovi di giugno 2022, quando si scrive: nei mesi scorsi, diversi enti del settore hanno assunto posizioni simili e portato avanti campagne di sensibilizzazione<sup>4</sup>.

---

*Su sanità territoriale e coordinamento si attendevano azioni più incisive che creassero luoghi e modalità di lavoro coordinato*

---

## COSA STA ACCADENDO CON PNRR RIFORME

Un contributo importante nel portare il tema anziani all'interno di PNRR è stato avanzato dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza<sup>5</sup>, un network nato nel 2021 a cui nel tempo hanno aderito quarantasette realtà della società civile<sup>6</sup>, tra cui Caritas, che hanno promosso l'inserimento della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia tra gli obiettivi previsti dal PNRR (come richiamato sopra relativamente alla *Missione 5*).

A marzo 2022 il Patto ha presentato al Governo le proprie Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), volte a modificare l'attuale assetto di *governance* delle politiche per la non autosufficienza verso un modello fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici attualmente responsabili dell'erogazione di servizi e interventi (Stato, Regioni, Comuni). Le Proposte delineano l'architettura di fondo del futuro Sistema e le sue componenti, rimandando poi a una fase successiva la declinazione operativa della realizzazione del Sistema stesso.

Nella proposta avanzata dal Patto, lo SNA si fonda su quattro dimensioni interconnesse, che verranno sinteticamente descritte di seguito: percorso unico di accesso, rete integrata delle risposte, programmazione e *governance*, modalità di finanziamento<sup>7</sup>.

4. Ad esempio UNEBA e ANASTE. Qui alcuni articoli: <https://www.uneba.org/uneba-a-exposanita-con-il-ministro-speranza-massi-difende-le-rsa-e-critica-il-pnrr/>; <https://www.uneba.org/le-critiche-di-uneba-e-delle-altre-associazioni-al-pnrr/>; <https://www.anaste.com/le-proposte-di-anaste-per-il-pnrr/>; <https://www.anaste.com/pnrr-e-unoccasione-unica-per-potenziare-rsa/>.

5. <https://www.pattononautosufficienza.it/>.

6. Elenco completo disponibile al seguente link: <https://www.pattononautosufficienza.it/>.

7. Documento integrale: <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2022/02/Patto-Proposte-introduzione-SNA-testo-definitivo-COMPLETO-01.03.2022.pdf>.

1. Primo, *un percorso unico di accesso al Sistema*. La proposta è di avere un primo contatto di orientamento con famiglie e/o anziani in un Punto Unico di Accesso (PUA) collocato all'interno delle Case della Comunità: l'ambizione è di qualificare maggiormente rispetto al passato (non è infatti la prima volta che se ne parla) il ruolo dei PUA, rendendoli luogo di ricomposizione dell'offerta esistente e di sostegno alle famiglie nell'arcipelago del welfare. Si propone che l'accesso al PUA sia seguito da una valutazione a cura della costituenda équipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB), deputata a dare una valutazione basata su criteri univoci, standardizzati, validati e nazionali circa lo stato di bisogno dell'anziano, superando l'attuale frammentazione nei momenti e nelle modalità di valutazione delle singole situazioni. La VNB stabilisce l'eventuale esigenza di accedere allo SNA e le prestazioni nazionali di cui beneficiare secondo criteri univoci. Da ultimo, gli anziani ammessi allo SNA che hanno ricevuto la VNB vengono indirizzati alla successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Aziende sanitarie locali ed enti locali per l'accesso alle prestazioni locali (regionali e comunali), favorendo un approccio integrato tra sociale e sanitario. L'UVM dovrebbe attivare poi i Piani di Assistenza Individuale (PAI), elaborati attraverso lo strumento del budget di salute, che oltre a ricomporre l'insieme dei sostegni e delle risorse disponibili (nazionali, locali, familiari) in una risposta unitaria e appropriata prevedrà una sezione dedicata al *caregiver* e al suo benessere.
2. Secondo, *la rete integrata delle risposte*, ossia l'insieme degli interventi offerti dal SNA. Questi sono immaginati a finanziamento pubblico nei livelli essenziali, sia di assistenza sanitaria (LEA) che delle prestazioni sociali (LEP). Gli interventi proposti ricostruiscono la filiera dei servizi per anziani con intensità assistenziale crescente, dal domicilio fino alla residenzialità, con un baricentro spostato verso il supporto per il mantenimento al domicilio, in linea con l'impostazione del PNRR. Il livello nazionale identificherebbe i livelli essenziali, lasciando poi a Regioni e EELL di entrare nel merito dell'articolazione di dettaglio dei diversi interventi. Gli interventi seguiranno il variare della situazione dell'anziano sotto la supervisione di un *case manager*. La proposta prevede poi l'assorbimento dell'indennità di accompagnamento nella Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, un trasferimento monetario legato al bisogno di cura, con un valore economico graduato secondo il livello di quest'ultimo (a differenza di quanto avviene oggi), senza vincoli di utilizzo, salvo la possibilità di utilizzarlo con importo maggiorato per ricevere servizi alla persona, come l'assistente familiare regolarmente assunta. Quest'ultima assumerebbe un ruolo riconosciuto tramite la definizione di competenze precise e processi di formazione ad hoc.
3. In termini di *programmazione e governance*, si prevede l'istituzione di un meccanismo di rete su tre livelli: nazionale, regionale e locale, tutti profondamente interconnessi e coordinati, sia in termini di metodo che di orizzonte programmatico. L'integrazione tra Reti dovrebbe avvenire su tre piani: istituzionale, gestionale e rispetto agli interventi previsti. La Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficien-

---

*Si propone un primo contatto di orientamento con famiglie e/o anziani in un Punto Unico di Accesso nelle Case della Comunità*

---

ti dovrebbe essere composta da rappresentanti dei Ministeri competenti, delle Regioni, dei Comuni e dell'INPS. La Rete dovrebbe elaborare un Piano nazionale integrato per la non autosufficienza, di durata triennale e aggiornato annualmente, in cui definire in maniera unitaria l'insieme di tutti gli interventi sociali, sociosanitari e trasferimenti monetari per la non autosufficienza. A questo si affianca in ogni regione la Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, composta da rappresentanti della Regione, delle ASL, dei Comuni e dell'INPS. Anche in questo caso la Rete elabora un Piano regionale integrato per la non autosufficienza, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quello nazionale in cui illustrare in maniera unitaria l'insieme degli interventi per la non autosufficienza nel territorio. Infine, è prevista la costituzione in ogni Ambito sociale/Distretto sanitario della Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, con rappresentanti di Ambito, Comuni, ASL e Distretto che a sua volta elabora un piano territoriale. Si disegna quindi per la prima volta un modello di *governance* del settore che raccorda i diversi piani istituzionali ma non sono ancora definiti il ruolo di INPS e soprattutto le modalità attuative (quanto tempo servirà per implementare questo disegno? Chi lo porterà avanti e con quali competenze?).

4. Il *finanziamento dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) del SNA* sarà pubblico, basato sulla ricomposizione di risorse attualmente frammentate tra diversi attori e livelli istituzionali, oltre a ulteriori misure a carico della finanza pubblica per assicurare un'adeguata capacità di risposta ai bisogni

assistenziali. Il Patto propone inoltre di intervenire anche sulla disciplina della compartecipazione ai servizi residenziali e semiresidenziali, oggi trattata in maniera eterogenea sia tra Regioni che tra diversi servizi nello stesso territorio, definendo rette adeguate al potere di acquisto degli anziani e delle loro famiglie. Lo SNA dovrebbe essere affiancato da un secondo pilastro integrativo, in grado di dotare le famiglie di risorse proprie che contribuiscano ad affrontare l'insorgere della non autosufficienza attraverso i Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza. Questo secondo pilastro dovrebbe esercitare una funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico dei livelli essenziali, seguendo logiche mutualistiche e solidaristiche, offrendo servizi e/o rendite. La logica di finanziamento del SNA sarebbe quindi ripartita tra finanziamento pubblico dei livelli essenziali; secondo pilastro integrativo e compartecipazione alle rette. Il tema della spesa *out of pocket* delle famiglie non è al momento considerato anche se citato con riferimento ai budget di salute rispetto ai quali si dovrà comprendere come verranno implementati.

---

*L'integrazione tra Reti dovrebbe avvenire su tre piani: istituzionale, gestionale e rispetto agli interventi previsti*

---

Al momento in cui si scrive (giugno 2022), il Patto sta concentrando i propri sforzi sulla trasformazione della proposta in un disegno di legge delega<sup>8</sup>, come auspicato in PNRR (si veda il richiamo fatto sopra).

8. Maggiori informazioni sul percorso del Patto dalla sua istituzione a oggi: <https://www.luoghicura.it/sistema/2022/05/1a-riforma-dellassistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-nel-pnrr-il-percorso-della-societa-civile/>.

Rispetto ai temi richiamati sopra, PNRR nelle diverse articolazioni contiene (in potenza) alcune risposte mentre lascia ancora alcuni vuoti rilevanti. Ripercorriamo una alla volta le aree di cambiamento auspiccate:

1. *Lavorare per rafforzare o creare ex novo dove non esistono reti che integrino fattivamente i servizi per anziani con altri servizi del territorio*, sanitari di varia natura, sociali e dell'abitare. Rispetto a questo la proposta di riforma introduce diversi livelli di coordinamento, incluso quello locale e regionale, e definisce le modalità programmatiche. Questo pone certamente le basi per una maggior visibilità, omogeneità e continuità del lavoro fatto rispetto alla non autosufficienza. Fino ad oggi non era stata mai formalizzata la necessità di definire atti programmatici dedicati per cui è certamente un passo avanti quello di definire atti, processi ed enti dedicati. Rimane però il nodo della operatività delle reti tra servizi. Da un lato l'assegnazione di competenze agli Ambiti e Uffici di Piano e alle Regioni da sola non risolve la necessità di avere nei territori servizi che superino effettivamente i silos e la frammentazione. Questo può accadere se si lavora sui dispositivi di *policy* (come fatto) ma anche sulle leve organizzative e professionali. Inoltre, l'impulso all'integrazione non dovrebbe venire solo dal fronte socio-sanitario. Si è visto fino ad oggi come una barriera all'integrazione risieda anche nello scarso riconoscimento del settore da parte degli altri attori istituzionali. Si dovrebbe quindi lavorare per forzare e supportare anche le altre aree di *policy* e servizi (qui citavano sanità e abitare) nell'integrarsi con il sociosanitario anziani. Per cui sarà difficile ottenere l'integrazione auspicata se oltre al modello di *governance* non si penserà anche a come far funzionare i diversi servizi in rete. Altro tema è poi quello delle competenze. A tutti e tre i livelli (nazionale, regionale, locale) si dovrà lavorare sulle competenze delle strutture e dei singoli per avviare rapidamente un percorso molto complesso che oggi non trova riscontro a nessuno dei tre livelli citati. Il rischio è di avviare un sistema molto complesso che si scontrerà con difficoltà operative, rischiando di rimanere teorico e di non produrre il cambiamento auspicato.

---

*La riforma parla di creare filiere di servizi che accolgano la modulazione dei bisogni*

---

2. *Innovare i servizi specificatamente rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente*. La riforma parla di creare filiere di servizi che accolgano la modulazione dei bisogni. Gli investimenti già avviati supportano forme alternative di residenzialità. Benissimo, quindi, che sia stato introdotto il concetto di modularità degli interventi e di connessione con i bisogni delle famiglie. Non si dice però come dovrebbero essere introdotte le innovazioni di servizio e quali attori dovranno parteciparvi, come si stimolerà questa innovazione. Si daranno input dall'alto? Si chiederanno contributi agli enti gestori dei servizi? Come si leggeranno i bisogni della popolazione e a quali si darà spazio? L'eventuale introduzione del SNA deve basarsi su una chiara idea di quali servizi dovranno essere parte della rete oppure no per evitare di ripetere lo scenario attuale, ovvero l'estrema eterogeneità territoriale unita alla difficoltà di promuovere modelli innovativi dal basso, in virtù di regole troppo stringenti e limitanti. Si parla poi di livelli essenziali e di standard nazionali che dovrebbero garantire maggior equità di accesso. Si segnala rispetto a



queste due tematiche a nostro avviso centrali. La prima: come si diceva, fino ad oggi la spinta più grande all'innovazione dei servizi è avvenuta dal basso, ovvero dai gestori dei servizi e dalla comunità di riferimento. Questa spinta dovrà essere valorizzata e sistematizzata, supportando i singoli enti nelle loro iniziative. Definire livelli minimi corre il rischio di renderla ancora più rigida da ulteriori regole e standard. Quello da raggiungere è quindi un sottile equilibrio tra regole necessarie a garantire equità e diritti e spazio all'innovazione. Il secondo tema riguarda il divario nord-sud. L'introduzione di livelli minimi di assistenza deve fare i conti con il fatto che oggi le Regioni sono posizionate in modo diversissimo. Il rischio è di appiattare gli standard su un livello medio o di lasciare troppo "indietro" le Regioni che oggi sono più lontane dalla media.

3. *Rivedere il livello di finanziamento nazionale, regionale e locale.* Fino ad ora PNRR ha finanziato investimenti e non interventi. Rispetto alla riforma in discussione si parla di rivedere il modello riallocando le risorse esistenti e di eventuali risorse aggiuntive. Sono effettivamente disponibili? E se sì, a quali priorità di *policy* saranno indirizzate? Non si dimentichi però che non è solo una questione di quantità e di *governance* (modello di gestione delle risorse), ma bisognerà rimettere in discussione il modello di finanziamento dei singoli servizi, oggi basati sul concetto di tariffa e attività erogate. Le forme auspiccate di integrazione con la spesa privata andranno poi ben governate e gestite: di fatto il sistema già oggi è a prevalenza di finanziamento delle famiglie ma le risorse private sono completamente al di fuori dai radar pubblici.
4. *Avviare iniziative e politiche di rafforzamento del personale del settore.* Nulla di relativo al personale è stato definito (a conoscenza di chi scrive). Questo tema non può essere tralasciato perché è centrale per la sopravvivenza del settore e per la qualità dei servizi. Come già detto è sia una questione di disponibilità di professionisti che di competenze. Rimane poi il vuoto normativo rispetto ad assistenti famigliari e *caregiver* che in altri Paesi (europei e non) ha dato buoni frutti ma che invece non viene considerato. *Badanti* e *caregiver* sono una risorsa per il sistema e non considerarli in modo integrato equivale a fingere di non vedere uno dei pilastri del welfare.
5. *Puntare sulla tecnologia anche con riferimento a iniziative di prevenzione e invecchiamento attivo.* Anche rispetto alla tecnologia sono state date indicazioni generiche di auspicio di un maggior utilizzo. Potrebbe invece rappresentare la chiave per una espansione del settore prendendo in carico in modo differenziato un alto numero di anziani.

In conclusione, molti dei temi centrali sono stati considerati dalla riforma per come è stata proposta ma alcuni aspetti devono ancora essere definiti e declinati. Il ruolo di istituzioni come Caritas è dunque sia quello di sostenere il dibattito che di portare la propria esperienza diretta come buone pratiche e conoscenza dei territori.

*Molti dei temi centrali sono stati considerati dalla riforma per come è stata proposta ma alcuni aspetti devono ancora essere definiti e declinati*



# 7 | La metrica di salute per guidare e valutare le innovazioni nel PNRR

Giuseppe Costa | Università di Torino e ASL TO3

Questo documento è il risultato di due esperienze pilota che stanno usando la metrica della salute disuguale per indirizzare le innovazioni del PNRR e del Piano Cronicità, rispettivamente nella ASL TO3 e nella ASL Città di Torino. È stato pubblicato il 4 maggio 2022 su [www.politichepiemonte.it](http://www.politichepiemonte.it).

La *Missione 6* del PNRR riguarda investimenti strutturali e di processo che la programmazione nazionale sta disciplinando tramite standard per ospedali di comunità, case della comunità e centrali operative territoriali; standard che a loro volta le Regioni stanno trasferendo nella programmazione applicativa nelle aziende sanitarie.

In molti è viva la preoccupazione che questi investimenti strutturali non siano capaci di promuovere anche nuovi contenuti per la sanità territoriale, in termini di salute più ricca e giusta, livelli di assistenza più coordinati e integrati, più sanità di iniziativa e di prossimità, più efficienza nei processi, migliore cooperazione tra politiche locali rilevanti per la prevenzione e la cura, e maggiore partecipazione di tutti gli attori della comunità locale.

I riferimenti teorici per queste innovazioni di contenuto e processo sono stati ben elaborati nel modello di Integrated Community Care (ICC), sviluppato dal progetto internazionale Transform, voluto da un gruppo di fondazioni bancarie, con un ruolo importante di Compagnia di San Paolo per l'Italia<sup>1</sup>. Il modello di ICC a cui si potrebbe tendere con il PNRR si caratterizza per alcune cifre distintive di seguito riassunte.

## LA COMUNITÀ PER LA SALUTE CHE VORREMMO

Il sistema deve essere centrato sul valore di benessere e salute da creare per le persone in modo proporzionale al bisogno. Un bisogno che va cercato attivamente tramite una lettura plurale e corale del territorio e dei suoi bisogni da parte delle persone che ne diventano così protagoniste. Questo requisito definisce quindi la metrica di programmazione e valutazione del sistema, che è la salute, misurabile attraverso indicatori specifici, da distribuire nella popolazione nel modo più equo possibile.

La ricerca dei bisogni e delle soluzioni (a loro volta basate su prove di efficacia) persegue un approccio di iniziativa e non di attesa: questo requisi-

1. <https://transform-integratedcommunitycare.com/>.

to richiede un atteggiamento di ricerca attiva/anticipazione dei rischi e dei bisogni e di relativa presa in carico secondo gli indirizzi delle linee guida, contestualizzate in percorsi specifici per il territorio, pensati per rispondere anche a chi è in condizione di maggiore vulnerabilità sociale, seguendo una logica di capacitazione e generazione di autonomia.

Tutti gli attori del territorio concorrono a questo scopo, quelli dei servizi pubblici e convenzionati, dei servizi sanitari e sociali, degli enti locali, come gli attori del privato produttivo e sociale, orientando i loro stili di impresa (privato) o di management (pubblico) in modo intersettoriale e multilivello.

Le soluzioni introdotte dalle innovazioni nascono da un processo di ricerca-azione in cui tutti questi attori imparano valutando cosa funziona meglio, partendo dall'esperienza e dal confronto, configurando in questo modo un Governo che è al tempo stesso orizzontale, perché aperto a tutti i contributi, e competente, perché capace di apprendere dai dati dell'esperienza. Le soluzioni introdotte devono poi essere sostenibili, cioè devono funzionare nell'ordinario e non solo nei progetti sperimentali.

In questo modo nel territorio si fa crescere anche il capitale sociale, cioè una speciale capacità di generare nuove risorse e funzionamenti nelle persone della comunità, attraverso nuovi linguaggi, culture e meccanismi di *governance* i cui benefici possono andare oltre quelli di salute per cui l'innovazione nasce.

Le Case della Comunità saranno il luogo, l'occasione, il simbolo di questa trasformazione a cui gli attuali servizi del territorio nei vari luoghi in cui operano e gli attuali attori della comunità sono chiamati a partecipare come agenti del cambiamento.

---

*Le Case della Comunità saranno il luogo, l'occasione, il simbolo di questa trasformazione*

---

## UN META PDTA<sup>2</sup> AMPIO E FLESSIBILE PER LA CRONICITÀ

Cosa devono fare (e cosa non debbono fare) questi attori per tendere a questo modello, rinnovando i luoghi delle cure sanitarie e sociali e della prevenzione, il loro ruolo e le loro competenze, compresi gli strumenti di loro responsabilità?

Seguendo le priorità del Piano Cronicità e del Piano Prevenzione, occorre progettare e implementare un meta PDTA per le malattie croniche e la non autosufficienza che si preoccupi di disciplinare con procedure tecniche di provata efficacia tutta la piramide del fabbisogno (dalla prevenzione alla autocura, alla presa in carico e cura di ogni importante malattia cronica, alla presa in carico della multi-morbosità e fragilità).

Questo meta PDTA deve integrare il contributo di base e specialistico di ogni figura professionale in processi regolati e condivisi nelle responsabilità; deve integrare la responsabilità sanitaria con quella sociale e delle altre politiche locali; deve attivare relazioni orizzontali di cooperazione e responsabilità con tutte le risorse per la salute che sono mobilitabili nella comunità e nel territorio, per farli diventare una comunità e un territorio che curano; deve investire sui nuovi formati e processi stabiliti da una figura competente nel disegnare i servizi per dematerializzare e semplificare processi e prodotti intorno al fascicolo elettronico e alla telemedicina; deve imparare ad apprendere dalla propria esperienza attraverso un sistema di valutazione continuo e una metrica di misura dei prodotti e dei risultati.

2. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.

Questo impegno deve riguardare le principali malattie croniche e le limitazioni funzionali e la loro integrazione reciproca nel meta PDTA, in un approccio di medicina di iniziativa che sia fatto su misura della stratificazione del rischio, per ottimizzare le capacità e competenze di prevenzione, autocura, aderenza a linee guida fino al piano di assistenza individuale per la gestione della fragilità.

Per questo traguardo oltre al luogo della Casa della Comunità occorrono alcuni prerequisiti, come una infrastruttura informativa, un modello utile per la stratificazione del rischio e per il monitoraggio degli indicatori di processo e risultato dei PDTA, una funzione di raccordo e capacitazione come l'infermiere di famiglia e comunità, un meccanismo di ricerca-azione che permette di apprendere dalle esperienze.

Per ognuna di queste innovazioni i territori possono contare già su esperienze esemplari che hanno coinvolto molti attori dentro e fuori la sanità locale. Serve un investimento iniziale di ingaggio, armonizzazione e arricchimento di competenze attraverso formazione, accompagnamento, valutazione, meccanismi incentivanti per allargare sempre di più la comunità degli agenti che conoscono e possono moltiplicare queste linee di cambiamento, motivandoli attraverso miglioramenti che li riguardano da vicino. Però serve anche un filo rosso che permetta di far convergere l'impegno di tutti verso i risultati su una salute più ricca ed equa.

---

*Serve un investimento iniziale di ingaggio, armonizzazione ... di competenze attraverso formazione, accompagnamento*

---

## UNA METRICA DI SALUTE PER LE CASE DELLA COMUNITÀ NELLA ASL TO3

Il traguardo di un benessere più abbondante e giusto nella comunità dipende dalle scelte che ogni attore deve fare nel suo settore di competenza, sanitario e non sanitario. Ognuno di questi settori si prefigge risultati di promozione e salvaguardia del benessere (l'esito ultimo degli sforzi delle politiche pubbliche) che si misurano su metriche spesso tra loro non comunicanti, con la conseguenza che proprio uno dei requisiti della Casa della Comunità che è la condivisione della responsabilità tra settori diversi non si riesce a realizzare per carenza di una metrica comune di comunicazione tra i settori.

In questo contesto la salute ha molte ragioni per candidarsi a essere una delle metriche più utili per far dialogare i diversi settori, perché tra tutte le dimensioni del benessere quella della salute è la più analiticamente rilevata in tutta la popolazione in modo continuo nel tempo, e perché è quella trasversalmente sensibile all'influenza di tutti i settori come insegna l'approccio di *Health in All Policies*.

Del resto proprio nella recente pandemia si è dimostrato come tutte le scelte quotidiane della società (dal tempo libero alla scuola, al lavoro, ai trasporti) venissero influenzate dai bollettini sull'andamento dei contagi e delle conseguenze della malattia; questa primogenitura della salute come metrica su cui misurare le scelte di tutte le politiche è un lascito che la pandemia consegna al senso comune e che va valorizzata. Questa metrica diventa ancora più eloquente quando la si declina lungo l'asse delle disuguaglianze sociali e geografiche perché la salute disuguale sta a rivelare se qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro, dimostrando così che si può fare e dando una misura del potenziale di miglioramento che ogni azione può guadagnare in termini di benessere.

Questa metrica è anche quella che la nuova economia e finanza di impatto si aspettano di maneggiare per fare scelte ben informate di priorità di investimento ex ante e valutarne l'impatto ex post. È così che alcuni progetti pilota di Case della Comunità si stanno costruendo intorno a un filo rosso della metrica di salute ed equità.

La tesi di queste esperienze è che tutti gli attori devono misurarsi con le differenze nei bisogni di salute prioritari della Casa della Comunità, la cui evidenza serve ad attivare processi di audit clinico e organizzativo, dove tutti i partecipanti sono chiamati a cercare cause evitabili e alla loro portata, la cui soluzione dovrà diventare la prima occasione di costruzione del nuovo modello di assistenza territoriale. In questi esperimenti i bisogni prioritari vengono scelti tra quelli identificati da tre categorie di indicatori:

1. le disuguaglianze territoriali e sociali in incidenza, prevalenza e mortalità nelle principali malattie croniche (che corrispondono ai traguardi del profilo di salute del PNP – Piano Locale di Prevenzione);
2. le disuguaglianze territoriali e sociali in esiti dell'assistenza (traguardo del programma di valutazione degli esiti PREVALE)<sup>3</sup>;
3. le disuguaglianze territoriali e sociali nella ripresa di un equo accesso a prestazioni e interventi dopo la pandemia (traguardo del programma MIMICO)<sup>4</sup>.

Se si trovano disuguaglianze statisticamente significative in ognuno di questi programmi, allora significa che ci sono luoghi o persone che fanno meglio di altri in termini di salute e di accesso e risultati delle cure; se è così, significa che c'è spazio per un miglioramento a patto che si identifichino i meccanismi attraverso cui si generano queste disuguaglianze, sapendo che dietro a ogni meccanismo ci sono responsabilità che, ben identificate e coinvolte, diventano partner di azioni di cambiamento orientate a creare valore di salute più uguale per le persone. Per ognuna di queste disuguaglianze occorre innescare processi di audit in cui partecipano tutti i soggetti della comunità che ne possano avere responsabilità: investigare insieme meccanismi e azioni di correzione deve diventare obiettivo prioritario del sistema di incentivazione e sanzione della organizzazione per mettere in moto il processo.

A questo punto tutte le leve di innovazione del PNRR si mettono in moto verso questo traguardo comune: ridefinire e implementare le nuove procedure tecniche (PDTA), centrate sui pazienti bersaglio (stratificazione del rischio e infrastruttura informativa in sviluppo attraverso la Centrale Operativa Territoriale COT), con l'ausilio della funzione dell'IFeC nell'attivazione e raccordo tra le responsabilità e le risorse dei servizi e della comunità, e valorizzando l'impulso logistico e simbolico che il nuovo luogo delle cure Casa della Comunità può rappresentare in questo processo.

---

*La tesi è che tutti gli attori devono misurarsi con le differenze nei bisogni di salute prioritari della Casa della Comunità*

---

3. Servizio di Epidemiologia – Programma regionale Valutazione degli esiti degli interventi sanitari 2018, <https://www.epi.piemonte.it/pages/prevale.php>.

4. Servizio di Epidemiologia – Impatto del Covid sulla qualità dell'assistenza: il contributo degli indicatori PNE, [https://www.epi.piemonte.it/pages/single\\_page.php?id=130](https://www.epi.piemonte.it/pages/single_page.php?id=130).

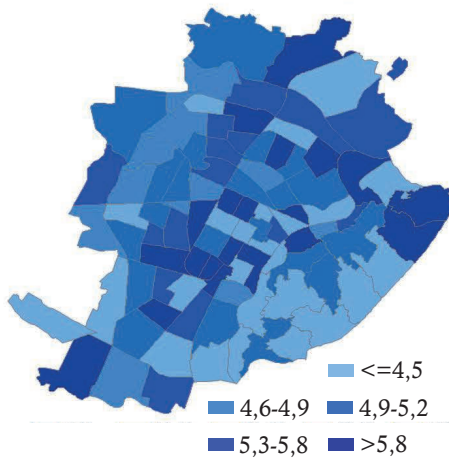
## LA METRICA DEL DIABETE DISUGUALE NEL PIANO CRONICITÀ LOCALE DI TORINO

L'ASL Città di Torino ha incominciato la sua programmazione del Piano Locale Cronicità prestando particolare attenzione alla distribuzione disuguale del diabete<sup>5</sup>. L'incidenza del diabete (*figura di destra*) si concentra nelle zone più povere della città; infatti la distribuzione sociale è fortemente a sfavore delle persone meno istruite. Viceversa la letalità tra i diabetici è distribuita in modo casuale nella città senza nessuna evidente disuguaglianza tra più o meno istruiti. La conclusione è che i torinesi si ammalano in modo disuguale di diabete ma una volta diagnosticati il corso della loro malattia è uguale.

Dunque se si vuole guadagnare salute si deve intervenire soprattutto sui meccanismi che generano nuovi casi di diabete (incidenza), e non si deve disinvestire sui meccanismi con cui si prende in carico e si tratta la malattia che invece funzionano in modo equo. È così che questa metrica di salute disuguale è capace di ingaggiare ognuno degli attori della comunità locale guidando le domande che si fanno per prevenire le disuguaglianze di incidenza e conservare o migliorare le uguaglianze di cura e risultato.

### Disuguaglianze in come ci si ammala e in come ci si cura

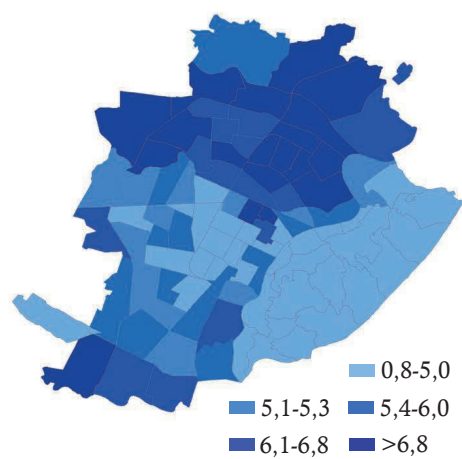
*Letalità % nei diabetici nel periodo 2016-2018, standardizzata per età*



*Livello di istruzione*

Alto	5,1
Medio	5,1
Basso	5,6

*Incidenza % di diabete nel periodo 2016-2018, standardizzata per età*



*Livello di istruzione*

Alto	8,8
Medio	11,9
Basso	15,6

### Disuguaglianze più in come ci si ammala che in come si cura la malattia

Fonte: R. Gnani et Al, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 2020.

In effetti una comunità di pratiche si sta organizzando alle Vallette, uno dei quartieri più colpiti, per interrogarsi sui meccanismi di generazione di questo diabete disuguale, quelli che originano dallo svantaggio individuale (“chi sei”, misurato dal livello di istruzione nella figura della pagina successiva) o dallo

5. «L'epidemiologia a supporto delle priorità di intervento: il caso del diabete a Torino», *Epidemiologia & Prevenzione* (epiprev.it), [https://epiprev.it/articoli\\_scientifici/lepidemiologia-a-supporto-delle-priorita-di-intervento-il-caso-del-diabete-a-torino](https://epiprev.it/articoli_scientifici/lepidemiologia-a-supporto-delle-priorita-di-intervento-il-caso-del-diabete-a-torino).



svantaggio del contesto di vita (“Dove stai”, descritto dalla mappa). Ognuno dei meccanismi identificati è un potenziale punto di ingresso per le azioni di risposta, come quelle su cui si stanno interrogando gli attori della comunità di pratiche, dalla bocciofila che prova a spingere i soggetti a rischio a controllare la glicemia, alle scuole che promuovono attività fisica per la prevenzione dell’obesità disuguale, agli specialisti e medici di medicina generale che allargano la platea dei pazienti seguiti in modo attivo secondo le linee guida.

*Da dove nascono queste disuguaglianze?*



Modificato da Diderichsen et al, 2021.

Fonte: Elaborazione dell’Autore da F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead, 2001.

**CAMBIAMENTI CHE CREANO VALORE**

L’innovazione si innesca più facilmente se c’è una narrazione che coinvolge le responsabilità degli *stakeholder*: le differenze geografiche e sociali nei bisogni e nei rischi sono una buona metrica per ingaggiare l’attenzione degli attori: «A Torino, ci si chiede, perché a Vallette ci dovrebbe essere il doppio dei diabetici che a Borgo Po?». L’epidemiologia è in grado di tracciare un profilo dei bisogni e dei rischi secondo le differenze geografiche e sociali della popolazione delle ASL. Tutti gli attori della innovazione dovrebbero essere coinvolti a chiedersi perché ci sono queste differenze (colpa di sanità e di altre politiche e condizioni?) e se loro possono farci qualcosa, o direttamente nell’ambito del programma di innovazione territoriale, o indirettamente come *advocacy* verso i decisori di altri settori delle politiche.

I cambiamenti introdotti devono dimostrare di creare valore (salute, soddisfazione e accesso) in modo equo; è così che torna la stessa metrica di sopra come metrica di apprendimento e valutazione dalle conseguenze delle azioni intraprese. Si tratta di una metrica di grande interesse per gli investitori (attenti alla *social impact economy*): dalla Commissione europea agli enti filantropici (fondazioni), ai grandi investitori privati, tutti interessati alla misurabilità dell’impatto sul benessere-salute come misura di impatto sociale.

*Tutti gli attori dell’innovazione dovrebbero essere coinvolti a chiedersi perché queste differenze*

## 8 | Il valore del “come”.

## La sperimentazione di un progetto pilota di prossimità nella ASL Roma 1

*Angelo Tanese, Paolo Parente, Camillo Giulio De Gregorio,  
Mauro Goletti | ASL Roma 1*

**PREMESSA**

In un momento storico caratterizzato da grandi incertezze e stravolgimenti umani e geopolitici, proprio nella fase immediatamente successiva a una delle più gravi epidemie mondiali, peraltro non ancora superata, il Servizio Sanitario riscopre la dimensione della prossimità e della vicinanza alle persone.

Per il servizio pubblico le grandi sfide del nostro tempo, che hanno a che fare con i grandi temi dello sviluppo sostenibile, della transizione digitale e delle riforme strutturali fondamentali per il nostro Paese, si coniugano anche con la capacità di far fronte e incidere su dimensioni più piccole e locali, che però hanno un impatto decisivo sul vissuto quotidiano delle persone.

Per un'Azienda sanitaria locale, in particolare, l'obiettivo principale resta quello di garantire il diritto alla tutela della salute dei propri residenti, dei cittadini, delle comunità presenti sul territorio. In questa fase post-emergenziale, tale obiettivo può e deve essere raggiunto anche mettendo a frutto e valorizzando a pieno le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Come previsto nella *Missione 6* del Piano, occorre un grande sforzo per ideare e realizzare nuovi modelli di assistenza e di cura, soprattutto nell'organizzazione della rete dei servizi sanitari.

L'attuazione del PNRR ha già previsto, nei primi mesi del 2022, alcune scelte strutturali volte all'individuazione delle sedi per le costituenti Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali (COT). Nel contempo, è in atto una profonda riflessione, sia a livello teorico che progettuale, sui modelli di funzionamento che dovranno essere sottesi a queste nuove tipologie organizzative. Non possiamo infatti ritenere che i soli investimenti strutturali e tecnologici possano garantire un cambiamento nel sistema di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, pena il rischio di eccessive semplificazioni o non adeguati approfondimenti.

Da questo punto di vista, negli ultimi anni molte Aziende sanitarie locali, ancor prima della pandemia, avevano avviato la definizione e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e strumenti di assistenza territoriale, che il contesto attuale può ulteriormente favorire e contribuire a realizzare.

Una nuova idea di Servizio Sanitario non può prescindere dal perseguimento di alcuni principi fondamentali di uguaglianza, equità e universalità

che appaiono fondanti del nostro SSN e che devono rimanere alla base della politica sanitaria. Sappiamo tuttavia che spesso i principi esprimono finalità che devono poi essere perseguite con la costruzione di percorsi concreti.

Per questa ragione nel presente contributo cercheremo di rappresentare l'esperienza concreta che la ASL Roma 1 sta portando avanti per realizzare nuovi modelli di assistenza territoriale orientati alla tutela dei soggetti fragili, all'integrazione dell'ambito sociale e sociosanitario e, in ultima analisi, alla costruzione di una maggiore vicinanza tra istituzioni e cittadini.

In particolare, dopo aver esplicitato l'approccio di fondo con cui l'azienda si pone in relazione alle sfide della complessità e della prossimità che caratterizzano il Sistema Salute, sarà illustrato uno specifico progetto che ASL Roma 1 sta sperimentando sul proprio territorio, e in particolare all'interno del Distretto 2, per realizzare un nuovo modello di assistenza territoriale.

## IL VALORE DEL “COME” PER FAR FRONTE ALL'INCERTEZZA DELL'AVVENIRE E ALLA COMPLESSITÀ

Considerando sempre prioritari e validi gli assunti che hanno fatto del nostro Servizio Sanitario Nazionale uno dei primi al mondo a garantire operativamente il concetto di *Universal Health Coverage*, oggi più che mai è necessario operare un ripensamento di pratiche e azioni che – in un mondo che cambia velocemente – possano “riattualizzare” questo concetto.

Nel corso degli ultimi anni abbiamo infatti assistito a una progressiva accelerazione del cambiamento e dell'aumento di complessità dei sistemi economici, politici e sociali. Dice Dov Seidaman, autore statunitense del trattato *How: Why How We Do Anything Means Everything* (2011), che il mondo non sta solo cambiando rapidamente ma sta cambiando completamente forma: sta cominciando a funzionare in modo diverso e questo rimodellamento sta avvenendo a una velocità superiore a quella con cui noi stessi, i nostri leader, le nostre istituzioni, le nostre società e le nostre scelte etiche riusciamo a adattarci a essi.

Gli uomini cioè riescono a vivere il presente, definire i tratti del futuro ma molto spesso essere impreparati a vivere consapevolmente l'avvenire.

In un recente volume dal titolo *Lo scandalo dell'imprevedibile. Pensare l'epidemia*, il filosofo Silvano Petrosino risponde ad alcune domande in merito all'esperienza della pandemia riflettendo sulla “irruzione dell'imprevedibile”. Per comprenderla a pieno il filosofo condivide una distinzione estremamente significativa, tra futuro e avvenire:

*«Il futuro è sempre e necessariamente legato al presente, perché quando progettiamo un'iniziativa non possiamo fare altro che partire dalle idee, dalla speranza e dalle ipotesi che abitano il nostro presente. L'avvenire, invece, è proprio ciò che non può essere “pre-visto” o progettato, il campo di ciò che viene e accade senza avvertire e senza “pre-avvisare”».*

Questa differenza ci fa capire proprio come, negli scenari a rapida accelerazione, fatti di interazioni massimizzate dai network sociali e non, da

---

*Si sta cercando di realizzare nuovi modelli di assistenza territoriale per la tutela dei soggetti fragili ... e una maggiore vicinanza tra istituzioni e cittadini*

---

scambi globalizzati rapidissimi, dalla diffusione di informazioni accessibili, da un limitato controllo della trasparenza dovuto all'eccesso di informazioni e non più alla loro carenza, progettare la direzione dell'avvenire è esercizio impervio se non impossibile.

*«C'è evidentemente un certo sfasamento tra l'accelerazione del cambiamento e la nostra capacità di sviluppare sistemi di apprendimento, di formazione, di controllo, reti di sicurezza sociale e regolamenti governativi che possano permettere ai cittadini di ottenere più benefici possibili da queste accelerazioni e attutirne gli effetti negativi. Questa discrepanza è al centro dell'agitazione che sconvolge la politica e la società sia nel mondo sviluppato sia in quello in via di sviluppo. Oggi, probabilmente, essa rappresenta la sfida più grande cui i Governi di tutto il mondo si trovano di fronte» (M. Friedman)*

Esiste, secondo Friedman, una disconnessione tra il ritmo dei cambiamenti e la capacità delle persone e dei sistemi di governo di adattarsi a questi e l'unica opportunità che resta è quella di procedere tutti come vogatori su barche in movimento, lavorando assieme ed equilibrandosi reciprocamente, con le stesse forze da impiegare, come vettori in un sistema algebrico.

Siamo quindi parte di un sistema vettoriale dove gli sforzi comuni, le forze vettoriali messe comunemente in azione, sono cumulative solo se non si disperdono nell'opposizione e nella contrapposizione. Perché i sistemi si equilibrino e vadano avanti nella complessità c'è bisogno quindi di direzioni univoche verso cui "vogare".

Ritornando a Dov Seidaman, l'elemento verso cui tendere non può dunque essere altro che i cosiddetti *sustainable values* ovvero i valori sostenibili, che si oppongono ai *situational values* ovvero i valori contestuali o situazionali.

I valori sostenibili sono quei valori che attengono all'integrazione e alla prospettiva dell'avvenire, ovvero che permettono di seguire – in termini di *stewardship* – obiettivi che contemplano elementi di sostenibilità, etica, attenzione agli altri. Sono quindi quei valori che rappresentano nel contempo elementi cui tendere e le dimensioni in base alle quali favorire gli investimenti.

Ecco il senso di una sanità di valore, attenta al bene e al benessere di singoli, comunità, della popolazione. Alla base di questa nuova visione di sanità, dove non possono esserci valori contestuali o situazionali, cioè il cui indirizzo è connotato del momento presente e badano a risultati a breve o brevissimo termine, c'è la necessità di creare in chiave sostenibile un futuro anche valoriale al Sistema Salute, indirizzando azioni e attori alla gestione della complessità e verso temi quali la sostenibilità, l'equità, il valore.

La premessa di tale visione futura non è tanto provvedere al definire le "cose da fare" ma soprattutto definire "come farle" ovvero la chiave per fare bene. Muoversi all'interno di contesti ad alta complessità non è semplice. Un sistema è complesso quando la sua evoluzione è difficile da predire ed è, parimenti, difficile predire la reazione a fronte di interventi su di esso, anche piccoli. Come sappiamo dalla cibernetica, la complessità cresce esponenzialmente con il crescere delle interazioni possibili tra le parti del sistema e tra il sistema e le sue parti con l'ambiente circostante.

Lo sviluppo esponenziale della tecnologia, della globalizzazione e degli stress ambientali ha fatto sì che la complessità delle situazioni da gestire sia

---

*Alla base di questa nuova visione di sanità, c'è la necessità di creare in chiave sostenibile un futuro anche valoriale al Sistema Salute*

---

cresciuta a sua volta esponenzialmente. Lo sviluppo della tecnologia ha creato e continua a creare una miriade di situazioni nuove, prima sconosciute: Uber, I social network e le fake news, la Gig Economy, difficili da leggere e gestire con i metodi e l'etica tradizionale. La globalizzazione fa crescere esponenzialmente le interazioni tra organizzazioni e persone di stati diversi tanto da farle sfuggire al controllo e alla regolamentazione delle tradizionali strutture di governo.

Proprio per questo in un mondo interconnesso e accelerato come quello odierno uno degli elementi di maggiore complessità è rappresentato proprio dal Sistema Salute in quanto elemento agente sul bene principale di ogni individuo, la propria salute ovvero il proprio benessere, anche grazie a migliaia di interazioni. Il sistema che attiene alla tutela della salute sta evolvendo rapidamente, forse più di molti altri, grazie a possibilità e soluzioni nuove (nanotecnologie, telemedicina, piattaforme digitali, scienze omiche e reti neurali ecc.). Proprio per questo è un sistema in cui muoversi a partire da una visione chiara ed etica, con professionisti consapevoli e flessibili, operanti all'interno di organizzazioni resilienti e dinamiche. Un sistema che, nel contempo, dovrà sempre più tornare a fondarsi sulla fiducia, sul rispetto dei ruoli e delle competenze, sulla prossimità, ovvero su tutti quei valori sostenibili che, troppo spesso, non vengono computati nell'indicare quanto è realmente importante nel nostro quotidiano.

---

*Nel Sistema Salute bisogna muoversi a partire da una visione chiara ed etica, con professionisti consapevoli e flessibili, in organizzazioni resilienti e dinamiche*

---

## IL VALORE DELLA PROSSIMITÀ ASSOCIATO A UNA NUOVA VISIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'emergenza Covid ha posto con forza l'importanza di un servizio sanitario di prossimità, più vicino alle persone e alle famiglie, e in grado di dare una risposta più integrata ai bisogni di salute degli individui e delle comunità, superando tradizionali steccati professionali, organizzativi e culturali.

Il tema del miglioramento della medicina territoriale o più propriamente dell'assistenza territoriale, era d'altronde un'esigenza condivisa da molti anni, e si rende necessario quindi, anche alla luce dell'emergenza Covid e di quanto da essa è scaturito, mettere a fuoco idee e soluzioni per un cambio di passo.

Innanzitutto, lo sviluppo del "territorio" andrebbe affrontato non come un ambito alternativo o succedaneo a quello dell'assistenza ospedaliera, ma come una questione centrale per la credibilità e l'efficacia del Servizio Sanitario a quarant'anni dalla sua istituzione, vale a dire come il tema su cui si gioca la capacità del SSN di rendersi riconoscibile e affidabile nell'orientare, accogliere e dare risposta ai bisogni di salute della popolazione, nella loro accezione più ampia.

Dovremmo quindi innanzitutto cercare di abbandonare questa terminologia un po' desueta e fuorviante di "medicina territoriale", che la identifica come un ambito di intervento a sé stante, immediatamente confinata all'interno di una riflessione su modelli, strutture e soggetti erogatori (il Distretto, la Casa della Salute, il medico di medicina generale, i consultori, i centri vaccinali ecc.).

Il tema dell'assistenza sanitaria all'interno di un determinato territorio andrebbe invece più opportunamente e più chiaramente presentato come la sfida centrale del Servizio Sanitario per i prossimi anni, che dovrebbe essere questa:



rendere il Servizio Sanitario più vicino alle persone e alle famiglie, più accessibile, un servizio pubblico fondamentale e un punto di riferimento imprescindibile per dare valore al concetto di “salute” nelle diverse fasi della vita. Questa è la sfida della prossimità, ovvero una sfida condivisa da istituzioni e cittadini.

Per le istituzioni l’impegno maggiore dovrà essere quello di farsi trovare ed essere dove il cittadino vive, opera, transita. Entrare nelle case delle persone, nelle piazze, nelle scuole, nei posti di lavoro. Per un’istituzione che è garante della tutela del diritto alla salute ciò si traduce nel messaggio proprio dell’OMS che nell’Helsinki Statement (2014) ha sottolineato l’importanza di portare e promuovere la salute in tutte le politiche.

Per i cittadini l’impegno sarà quello di aderire a stili di vita più sani, di partecipare ai percorsi di salute in tutte le fasi della loro vita (*life course approach*), di essere parte – come insegna Michael Marmot – di un Movimento Civico e Sociale per la Salute.

Oggi più che mai questo è necessario anche perché i cambiamenti demografici e sociali hanno profondamente trasformato la popolazione stessa e il bisogno di salute dei cittadini e delle nostre comunità, ancor prima dell’emergenza Covid. Per questo il SSN va rinnovato e reso più adeguato a una nuova domanda di salute, che non è solo quella di avere accesso facilmente alle prestazioni (cercando di risolvere il problema delle liste di attesa), ma anche quella di cittadini che vogliono e devono essere più consapevoli e partecipi nella costruzione di una vita sana per sé, per i propri congiunti, per la comunità di appartenenza.

---

*I cambiamenti demografici e sociali hanno trasformato il bisogno di salute di cittadini e comunità, prima dell’emergenza Covid*

---

Un nuovo progetto per l’assistenza territoriale va quindi incardinato all’interno di una più ampia e significativa azione di valorizzazione e ridisegno del Servizio Sanitario Nazionale, che:

- da un lato rafforzi la capacità di risposta ai problemi di salute delle persone nei percorsi di diagnosi e cura (rete cardiologica, rete oncologica, rete neurologica, rete diabetologica ecc.), che devono necessariamente essere integrati tra ospedale e territorio;
- dall’altro ripensi, rinnovi e lanci un *new deal* di un Servizio Sanitario pubblico in grado di entrare nella vita delle persone sin dalla nascita (o meglio dal concepimento) e accompagnarle per tutto l’arco della vita nelle diverse fasi (concepimento, nascita, infanzia, adolescenza, fase adulta, terza e quarta età, fine vita), oltre a tutelarle a fronte di epidemie o emergenze sanitarie.

Partendo da tali premesse la ASL Roma 1 sta promuovendo in uno dei suoi distretti, come descritto a seguito, un progetto pilota teso a costruire operativamente una prospettiva concreta di benessere consapevole e sostenibile attraverso il lavoro di comunità e le reti di prossimità.

## **IL PROGETTO “LA SALUTE A CASA”: IL LAVORO DI COMUNITÀ E LA RETE DI PROSSIMITÀ PER UN BENESSERE CONSAPEVOLE E SOSTENIBILE**

### **a) Il territorio oggetto di sperimentazione all’interno del Distretto 2**

Il Municipio II, uno dei sei Municipi di Roma Capitale che insistono sul territorio della ASL Roma 1, e che coincide con l’area di competenza del

Distretto 2, ha una popolazione totale di 167.000 abitanti con un lieve decremento demografico osservato negli ultimi 10 anni e un'alta presenza di anziani, con il 25,2 per cento di over 64 sul totale della popolazione, un indice di vecchiaia molto elevato e un'alta presenza di famiglie monocomponenti.

Le singole zone urbanistiche presentano alcune peculiarità, che rendono conto della disomogeneità dal punto di vista socioeconomico e urbanistico del territorio. In particolare, San Lorenzo e Villaggio Olimpico complessivamente, hanno indicatori socio-economici più bassi per densità abitativa, reddito e qualità della vita in generale. In particolare le zone urbanistiche del Villaggio Olimpico e dell'adiacente quartiere Flaminio, situate alla periferia nord-occidentale del Municipio con una popolazione totale di 16.000 abitanti, presentano un marcato degrado ambientale, la mancanza di servizi sanitari nell'area, basso livello di scolarità rispetto alle altre zone urbanistiche del Municipio II (che in media invece presenta la più alta percentuale di laureati tra tutti i Municipi di Roma e il più alto reddito).

Infine, la popolazione di Villaggio Olimpico e Flaminio presenta una popolazione che è per metà composta da persone sopra i 50 anni, ben al di sopra della media del comune di Roma e dello stesso Municipio II.

La presenza di indicatori socioeconomici relativamente peggiori rispetto al Municipio circostante e l'elevata concentrazione di popolazione anziana (spesso in condizioni di mono-familiarità) potrebbero quindi correlare a una maggiore domanda di salute da parte della popolazione residente nell'area (anche collegata all'attuale emergenza epidemiologica), configurandola come un'isola di deprivazione relativa, in un contesto complessivamente agiato. Sulla base di questi indicatori sociosanitari e sulla verificata disuguaglianza di presa in carico delle persone con fragilità e disabilità (% restanti zone urbanistiche del distretto II rispetto al X% delle due ZU) è stata identificata l'area del Villaggio Olimpico e Flaminio del Municipio II su cui sviluppare un Progetto sperimentale pilota.

Altra variabile a supporto della fattibilità del Progetto è rappresentata dal fatto che nel Municipio II è presente una attività importante del Terzo settore e del volontariato quali risorse attive della comunità. Tra queste realtà, da tempo sono in corso importanti collaborazioni sia con gli Istituti Riuniti Azienda di Servizi alla Persona – IRASP di S. Eufemia sia con la Caritas di Roma, che svolgono molteplici attività (rivolte alle persone fragili e vulnerabili sopra descritte) attraverso una qualificata e diversificata offerta sia semi-residenziale e residenziale di prossimità che domiciliare.

Con queste realtà si è avviato un percorso finalizzato a istituire una possibile Cabina di regia comune che comprenda, oltre al Municipio e al Terzo settore, anche rappresentanti delle UCP/UCPP dei MMG/PLS, del volontariato e dei segmenti attivi della comunità sul tema centrale della domiciliarità, e costruire così una Rete di strutture di prossimità che la favoriscono, in un quadro di attività sinergiche e integrate finalizzate alla promozione e al recupero dell'autonomia degli anziani multiproblematici e degli altri soggetti fragili e/o vulnerabili per evitare/ritardare l'istituzionalizzazione.

Infatti, bisogna tenere presente che le malattie croniche, la disabilità adulti e minori, i disturbi mentali, le dipendenze, rappresentano i maggiori problemi di salute pubblica nei Paesi occidentali (aggravati attualmente anche

---

*Una Cabina di regia comune con Municipio, Terzo settore, rappresentanti ..., del volontariato e delle parti attive della comunità sul tema della domiciliarità*

---

dal peso della pandemia in corso), oltre a minare a fondo la sostenibilità dei sistemi sanitari. La realizzazione di un modello di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che possa prendere in carico in modo sostenibile tali pazienti, richiede una nuova *governance* e un cambiamento profondo dei modelli organizzativi-gestionali.

In tale ottica è necessario lo sviluppo di una “sanità d’iniziativa” che operi attraverso una Rete di prossimità nella comunità e insieme a essa, ovvero di un modello che sia in grado di intervenire, quando possibile, prima dell’insorgere della malattia e del problema oppure di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso e limitarne le riacutizzazioni, garantendo al paziente interventi di varia natura ma di prossimità al domicilio, adeguati e differenziati.

Il Progetto, pertanto, declina il concetto di Strutture di prossimità con il più appropriato concetto di Rete di prossimità. Inoltre, il Progetto è in completa coerenza con gli orientamenti della normativa della Regione Lazio sulla programmazione e integrazione sociosanitaria (Legge n.11/2016 e DGR 149/2018), sullo sviluppo del territorio e delle cure primarie e sulle azioni di contrasto alla cronicità ed è in linea con le indicazioni della Regione Lazio sul PNRR in modo da poter assicurare la sua continuità e sostenibilità nel tempo.

Il progetto si propone i seguenti obiettivi:

1. valorizzare il protagonismo delle comunità attive, nella ricerca consapevole dei propri obiettivi di salute e facilitare la realizzazione di interventi di prevenzione e promozione della salute per il loro benessere;
2. offrire un’assistenza domiciliare e comunitaria più ampia e inclusiva, sia aumentando l’assistenza domiciliare per pazienti con totale perdita di autonomia (Stato Clinico di Fragilità SCF>6) sia allargando il target intercettando bisogni latenti anche di anziani con fragilità lieve e moderata spesso in condizioni di mono-familiarietà (SCF 4, 5 e 6), minori/adulti con disabilità lieve, persone con dipendenze, persone con disturbi mentali a bassa soglia, comunità *hard-to-reach*;
3. prevenire o contrastare l’istituzionalizzazione di tali persone valorizzando la casa e la comunità di appartenenza come luogo di cura e riabilitazione e personalizzando l’intervento.

---

*Tra i risultati attesi: realizzare con le comunità, sulla base di una condivisa identificazione dei bisogni, interventi di prevenzione e promozione della salute*

---

I risultati attesi sono stati così declinati:

1. realizzare un modello organizzativo socio-sanitario integrato di comunità in un’ottica di prossimità che sia coerente, funzionale e in continuità con il nuovo assetto del territorio definito dal PNRR che realizzerà nei prossimi anni Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali realizzando, accanto all’integrazione territorio-ospedale, una profonda integrazione territorio/territorio;
2. realizzare insieme alle comunità, sulla base di una condivisa identificazione dei bisogni specifici, interventi di prevenzione e promozione della salute;
3. costituzione della Cabina di regia del Progetto di prossimità per l’area Flaminio/Villaggio Olimpico con ASL Roma 1; Municipio II; Terzo

settore (IRASP S. Eufemia; Caritas di Roma), UCP/UCPP (MMG/PLS);

4. ridurre il gap della disuguaglianza di presa in carico di persone fragili delle altre zone urbanistiche del Distretto rispetto alle zone Villaggio Olimpico e Flaminio;
5. copertura del 5 per cento della popolazione >64 anni con leggera o moderata fragilità (SCF 4, 5 e 6) con interventi individuali e comunitari pro-attivi di prossimità.

## b) Metodologia e azioni previste

Il progetto, che ha una valenza sperimentale e di “pilota” nelle aree Villaggio Olimpico e Flaminio del Distretto 2 della ASL Roma 1, ha una durata biennale, dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023.

Lo scopo, come già indicato, è il miglioramento dello stato di salute e qualità della vita della popolazione target, attraverso un modello organizzativo, sociosanitario integrato, basato su una regia comune tra ASL Roma1 (Distretto/DSM/DP/UOSD Salute migranti), Municipio II, Terzo settore (IRASP S. Eufemia; Caritas di Roma), UCP/UCPP (Unità di Cure Primarie MMG/PLS) che coinvolga le risorse esistenti e attive delle comunità, aumentando gli investimenti negli interventi sanitari e socio-sanitari di prossimità riducendo l’istituzionalizzazione dei soggetti fragili.

La metodologia adottata è quella della ricerca-azione che, partendo dagli interventi condivisi con la popolazione residente nelle due zone urbanistiche, permetterà di progredire attraverso un continuo aggiornamento dei dati con conseguente modifica delle azioni rivolte alla popolazione stessa.

I destinatari sono la comunità e le persone in condizione di fragilità sociosanitaria, e in particolare: anziani fragili affetti da multi patologie croniche e vulnerabilità sociali spesso in condizioni di mono-familiarità, minori e adulti con disabilità di vario grado, disturbi mentali, dipendenze, disagio sociale, comunità *hard to reach*.

Per la realizzazione del progetto a livello centrale viene costituita una Cabina di regia del Progetto di prossimità con funzione di monitoraggio e valutazione del Progetto stesso, composta da: ASL Roma 1 [Referenti per i servizi del Distretto/DSM (CSM, TSMREE, Dipendenze, DCA)/SISP/UOSD Salute migranti che insistono nel Distretto 2], Municipio II, Terzo settore (IRASP S. Eufemia; Caritas di Roma), Referenti UCP/UCPP (MMG/PLS) dell’area sub-distrettuale Flaminio-Olimpico.

A livello territoriale viene costituito, previa formazione specifica, un Team di comunità, ovvero un team multiprofessionale formato da tutti gli attori del progetto che opereranno, a vario titolo, insieme alle comunità dell’area sub-distrettuale Flaminio-Olimpico. La ASL Roma 1 vi parteciperà attraverso una componente fissa di base costituita da assistente sociale, infermiere e fisioterapista. Componente fissa integrata, al bisogno, da specifiche professionalità coinvolte sulla base della tipologia della segnalazione e del bisogno. All’interno del Team di comunità questa “Equipe multi professionale socio-sanitaria” della ASL Roma 1 opererà in totale collaborazione e sinergia con i rappresentanti del Municipio II e del Terzo settore (IRASP S. Eufemia e Caritas di Roma); tutti insieme costituiscono la componente fissa del Team di comunità.

---

*Destinatari: anziani con multi patologie croniche e vulnerabilità sociali, minori e adulti con disabilità, disturbi mentali, dipendenze, comunità hard to reach*

---



Il Team di comunità è situato virtualmente all'interno della struttura di prossimità distrettuale di via degli Olimpionici adiacente il Centro anziani (con cui, fra l'altro, si potranno condividere iniziative di prevenzione e promozione della salute, ad esempio prevenzione degli incidenti domestici, attività fisica adattata ecc.).

Il Team di comunità ha la funzione di facilitare i processi di *empowerment* delle diverse comunità sostenendole nel loro percorso di costruzione di risposte sostenibili alle domande di salute; questo anche attraverso una precisa ricognizione e identificazione condivisa dei bisogni di salute di quel territorio, affrontando anche le situazioni di precarietà, fragilità ed esclusione sociale (ad esempio persone senza fissa dimora o insediate in stabili occupati, presso insediamenti abusivi, oppure contrastando il fenomeno del barbonismo domestico, gruppi di persone monoparentali con iniziale perdita di autosufficienza, persone prive di *caregiver* anche temporaneamente).

Per fare queste attività, all'interno del Team di comunità, l'equipe socio-sanitaria della ASL Roma 1 si avvale, oltre che della Rete sanitaria (MMG, PLS), anche della collaborazione e sinergia con l'IRASP di S. Eufemia, della Caritas Villa Glori e di una "Rete di osservatori comunitari" (formali e/o informali) capaci di agire in maniera pro-attiva e di segnalare tempestivamente situazioni individuali o collettive di rischio di fragilità sociosanitaria, così da garantire interventi puntuali ed efficaci arrestando o rallentando processi di degrado psico-fisico e sociale.

Il compito del Team di comunità consisterà nell'attivare e coordinare tale rete sociale coinvolgendo nel progetto anche altre risorse espresse da quelle comunità (privato sociale del Terzo e Quarto settore, cooperative, gruppi di interesse della comunità, sindacati, associazioni di volontariato, parrocchie e comunità religiose, rete locale di solidarietà dei commercianti che operano in quell'area, rappresentanti delle comunità migranti).

Inoltre, uno degli strumenti di "dialogo" tra i vari attori è costituito dal sistema gestionale GE.CO. che viene messo a disposizione di tutti gli attori del Progetto e consente di inviare precocemente l'alert alla Centrale Operativa Territoriale (attualmente collocata nella Casa di Comunità hub di circoscrizione Nomentana 498 – COT prevista nel PNRR) che si interfaccia con tutte le risorse distrettuali e in generale con tutti gli attori del Progetto e può attivare tempestivamente, a seconda della tipologia di bisogno, il Team di comunità e/o i vari Servizi necessari per una appropriata presa in carico del problema.

In particolare se l'alert vede coinvolta una comunità, il Team si affiancherà facilitando l'elaborazione da parte della comunità stessa di azioni di prevenzione e di promozione della salute; se invece la segnalazione interessa un singolo cittadino/nucleo familiare verrà:

- prima avviata una valutazione dello stato di salute del paziente e le condizioni ambientali/sociali;
- poi, attraverso lo strumento dell'UVMD (Unità di Valutazione Multi-Dimensionale DRG 149/18), verrà elaborato con il paziente/famiglia uno specifico PAI/PRI/PTRI (o si sperimenterà uno strumento innovativo come il Budget di salute).

---

*Il compito del Team di comunità consisterà nell'attivare e coordinare la rete sociale coinvolgendo nel progetto anche altre risorse espresse da quelle comunità*

---



Progetti personalizzati assistenziali/riabilitativi che potranno includere anche interventi sanitari o sociosanitari ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e/o residenziali di prossimità. Inclusivi anche degli aspetti sull'abitare e sul lavoro. Attivando sia la Rete dei servizi sociosanitari che le risorse della persona/famiglia e quelle formali/informali presenti a domicilio e/o nella comunità in cui la persona vive; risorse finalizzate a mantenere la "salute a casa".

Il Team di comunità attiverà inoltre la Rete sanitaria o sociosanitaria coerentemente al bisogno rilevato, in condivisione con gli assistiti e le loro famiglie. L'approccio deve essere multidisciplinare di tipo "bio-psico-sociale" e deve prevedere il coinvolgimento delle reti primarie e secondarie di riferimento (rete parentale e amicale, MMG/PLS, Servizi ASL Roma 1, Servizio sociale del Municipio, Terzo settore, volontariato) che vengono coinvolte e attivate per realizzare in modo appropriato i seguenti obiettivi:

- a. ricercare e implementare strumenti affidabili per realizzare insieme alle comunità, sulla base di una condivisa identificazione dei bisogni specifici, interventi di prevenzione e promozione della salute;
- b. incrementare la presa in carico delle persone vulnerabili sottoelencate da parte della rete sociosanitaria di comunità, con modalità pro-attiva e di prossimità attraverso l'utilizzo degli strumenti previsti dalla normativa regionale (UVMD>PAI/PRI/PTRI/Budget di salute), anche integrati con interventi di formazione di *caregiver* e badanti:
  - i. pazienti con totale perdita di autonomia (SCF>6) da 1,7 per cento attuali della popolazione >64 a
  - ii. 2,5 per cento anziani con stato di prefragilità (SCF=4) e fragilità lieve e moderata (SCF: 5 e 6) con copertura del 5 per cento della popolazione >64 anni, con interventi individuali e comunitari di prossimità anche attraverso la creazione di Gruppi di riabilitazione diffusa;
  - iii. adulti/minori con disabilità lieve e/o persone con disturbi mentali a bassa soglia, persone SFD o che vivono presso comunità *hard-to-reach* ma che non hanno ricevuto fino a oggi il supporto necessario/sufficiente per rallentare la perdita di autonomia e il passaggio a un grado maggiore di non-autosufficienza.
- c. la conseguente riduzione o contrasto all'istituzionalizzazione soprattutto di pazienti anziani con patologie croniche e fragili, disabili e persone con disturbi mentali.

Per lo sviluppo e realizzazione di interventi di comunità, la ASL Roma 1 si avvarrà del contributo scientifico e delle professionalità dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", "Roma Tre" e dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico", che insiste nel territorio oggetto del progetto.

*Il Team di comunità attiverà la Rete socio-sanitaria secondo il bisogno rilevato, in condivisione con assistiti e loro famiglie. L'approccio è "bio-psico-sociale"*

## QRPR 9 | Conclusioni

*Salvatore Geraci | Caritas diocesana di Roma*

*Cinzia Neglia | Caritas Italiana*

*Laura Rancilio | Caritas Ambrosiana*

La riflessione sui cambiamenti che il PNRR porterà in ambito salute non può essere che all'inizio. Molto ancora da decidere e soprattutto da realizzare. Proprio in questi giorni è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto n. 77 del 23 maggio 2022 che ridisegna, ancora sulla carta, la sanità territoriale. Alla luce delle informazioni che abbiamo, il nostro sguardo deve essere orientato dalla *mission* Caritas: lasciarsi interpellare dalle fragilità, tutelare i diritti di tutti, anche di chi non ha voce, combattere le disuguaglianze.

La *Missione 6* del PNRR da sola non stravolgerà il Servizio Sanitario Nazionale come lo abbiamo conosciuto, ma potrà essere uno stimolo fortemente propositivo a rivedere diversi aspetti dell'assistenza territoriale che dovranno embricarsi con azioni presenti in altre *Missioni*, in primo luogo la *Missione 5*. Dal punto di vista Caritas abbiamo il dovere di porre attenzione alla capacità e alla possibilità di tutti, nessuno escluso, di accedere alle cure.

Diversi contributi in questo testo hanno sottolineato la presenza o il rischio di disuguaglianze. È in questo contesto, in questi spazi, che siamo chiamati a essere presenti e ad agire. I diversi contributi hanno analizzato le tipologie delle disuguaglianze, le cause, così come hanno evidenziato i diversi ostacoli che impediscono in particolare agli "invisibili" di potersi avvalere di percorsi di prevenzione e di cura.

In questo momento le parole che accompagnano la imminente trasformazione del SSN sono "prossimità", "comunità", "presa in carico globale della persona", "domiciliarità".

Ma c'è da chiedersi, o meglio da vigilare, se saranno queste poi le caratteristiche che definiranno, nel concreto, la trasformazione e la diversa organizzazione. Dalle analisi presenti nel testo si intravedono le opportunità, ma anche dei rischi.

È interessante notare gli ampi spazi di possibile collaborazione tra la pubblica amministrazione e la comunità e le reti sociali.

A guidarci nella tutela dei diritti di tutti e in particolare dei più fragili, proprio questi principi: l'atteggiamento di collaborazione con tutti, con impegno di ciascuno per la costruzione del benessere comune, la disponibilità e la presenza attiva nella costruzione di reti in cui si è complementari, di sostegno e a servizio dei fragili, la ricerca, sempre, di un dialogo e di forme di collaborazione con le istituzioni.

Per giungere a una buona organizzazione dei servizi come dei percorsi di prevenzione è fondamentale la conoscenza del territorio. Questa conoscenza è nelle risorse che Caritas ha e può mettere a disposizione. Se non si perde

mai il contatto con la comunità, con le persone, si potranno ben identificare tanto i bisogni quanto le risorse. Questo patrimonio di conoscenze Caritas è sempre disponibile a condividerlo con tutti, con l'obiettivo di essere uniti nella costruzione del benessere di ogni persona e dell'intera comunità.

L'impegno non può, però, essere sempre e soltanto di pratiche atte a rispondere a bisogni dei singoli, di mettere in connessione le realtà esistenti; l'impegno di Caritas deve essere di attivare la comunità, migliorare la comunicazione e l'informazione e soprattutto essere propositiva anche, o soprattutto, nei confronti dell'istituzione per far sì che l'organizzazione concreta dei servizi e delle risposte renda ragione dei principi, per evitare che ci si organizzi unicamente sulla base delle necessità di prestazioni sanitarie e non per la costruzione di contesti che siano preparati ad accompagnare le persone durante la vita con una particolare attenzione ai momenti di fragilità.

Importante che non ci sia un impegno settoriale di alcuni ma che tutte le professionalità e le agenzie presenti sul territorio siano coinvolte. A noi non solo il compito di vigilare su questo, ma anche di facilitare il coinvolgimento il più ampio possibile, così come di segnalare alle istituzioni l'opportunità di coinvolgere realtà a volte da loro non conosciute.

Come affermato in alcuni contributi, è importante accompagnare le persone e le comunità a essere protagoniste della propria salute. È un aspetto che richiede impegno culturale e educativo.

È necessario fare cultura, diffondere informazione sugli stili di vita sani, ed è necessario creare le condizioni sociali ed economiche per permettere a tutti di poter sviluppare uno stile di vita sano. È necessario essere accanto a chi deve affrontare delle cronicità proprie o di familiari, ancora una volta con una presenza attiva, ma al tempo stesso anche formativa, nei confronti tanto degli interessati, quanto della comunità che ha bisogno di conoscenze per l'abbattimento di pregiudizi, di paure che alcune condizioni provocano. Per trasformare il disinteresse in partecipazione.

Importante che a ciascun membro della comunità, a partire dal suo ruolo e dalla sua volontà, sia chiaro quale possa essere il suo apporto concreto nella costruzione del benessere di tutti. A noi il compito di fornire gli strumenti per acquisire questa consapevolezza.

*Importante che a ciascun membro della comunità sia chiaro quale possa essere il suo apporto concreto nella costruzione del benessere di tutti*



via Aurelia, 796 | 00165 Roma

tel. (+39) 06 661771 | [segreteria@caritas.it](mailto:segreteria@caritas.it)

[www.caritas.it](http://www.caritas.it)      

Per valutazioni, critiche, integrazioni a questo Quaderno: [QRRP@caritas.it](mailto:QRRP@caritas.it)