Poste Italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma - Vol. XLVI

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

2/2022

www.frgeditore.it

FRG editore

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Mario Greco
Fondatore

Nicola Nante
Direttore responsabile

Direzione Scientifica

AREA LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Mastrobuono Prof. Isabella — *Docente di Organizzazione Sanitaria, LUISS Business School di Roma*

AREA SANITÀ PUBBLICA

Nante Prof. Nicola — *Ordinario di Igiene e Sanità Pubblica, Resp. Laboratorio Programmazione e Organizzazione Servizi Sanitari, Univ. di Siena*

Comitato Scientifico

Agnello Avv. Maria Carmen
Funzionario Amministrativo, Affari Generali, A.R.N.A.S. Garibaldi, Catania

Alvaro Prof. Rosaria
Associata di Infermieristica generale clinica e pediatrica, Università "Tor Vergata", Roma

Braga Prof. Mario
AGENAS Coordinatore Programma Nazionale Esiti e sistemi di valutazione delle performance assistenziali

Bucci Dr. Raffaela
Consulente AGENAS per il supporto tecnico alle Regioni

Cicchetti Prof. Americo
Ordinario di Organizzazione aziendale, Facoltà di Economia, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Damiani Prof. Gianfranco
Associato in Igiene Generale e Applicata, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Galletti Prof. Caterina
Docente laurea mag.le in scienze infermieristico-ostetriche, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Grinta Dr. Roberto
Direttore AV 4 Fermo - ASUR Marche

Mascia Dr. Daniele
Associato in Economia e gestione delle aziende sanitarie, Univ. di Bologna

Messina Prof. Gabriele
Associato di Igiene, Univ. degli Studi di Siena

Moirano Dr. Fulvio
Direttore Generale, ATS Sardegna

Nonis Dr. Marino
Dirigente Medico c/o Direzione Strategica, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Joseph Polimeni
Direttore Generale, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Ricciardi Prof. Gualtiero Walter
Ordinario di Igiene e Sanità Pubblica, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Ruggeri Dr. Matteo
Economista, Unità di Valutazione delle Tecnologie, Policlinico "A. Gemelli", Roma

Testa Dr. Roberto
Direttore Distretto 7, ASL Roma 2

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Health Organization

QUARTERLY STUDIES AND INFORMATION ON HEALTH SYSTEMS

Anno XLVI - N. 2 Aprile-Giugno 2022

SOMMARIO / *SUMMARY*

Le sfide del PNRR per la non autosufficienza 3

I. MASTROBUONO, S. MELE

The challenges of the PNRR for non self-sufficient people

La nuova Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) nella Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO): un'opportunità per confermare principi di solidarietà, presa in carico e reinserimento sociale 29

J. POLIMENI, M. CHITTARO, C. FRANCESCUTTI, F. TESOLIN, G. GAIATTO

The new Health Residence for Persons Responsible of Crimes (HRPRC) in the Western Local Health Trust in Friuli Venezia Giulia Region: a chance to confirm solidarity principles, taking charge and social reintegration

Inappropriatezza prescrittiva: risvolti clinico-organizzativi e danno erariale, focus sulle terapie antibiotiche 36

C. PROCACCI, D. ANCONA, V. FORNELLI, A. CIRILLO, A. DELLE DONNE

Prescribing inappropriateness: clinical-organizational implications and damage to the tax authorities, focus on antibiotic therapies

Il post-COVID: il modello USCA e il nuovo PNRR. Si può potenziare l'assistenza territoriale? 44

C. SALINI, F. VENCIA, N. NANTE

The post-COVID: the USCA model and the new PNRR. Can territorial assistance be enhanced?

Le sfide del PNRR per la non autosufficienza

ISABELLA MASTROBUONO
Direttore dell'assistenza primaria e referente PNRR della P.A. di Bolzano

STEFANO MELE
Funzionario economico-finanziario - U.O.A Ufficio PNRR e Politiche di Coesione - Comune di Napoli

Riassunto: La pandemia ha messo a nudo e acuito le debolezze del welfare state italiano, colpendo maggiormente categorie sempre più a rischio: donne, specialmente con figli, minori e giovani, poveri, immigrati, anziani fragili, soli e non autosufficienti.

Chi già viveva in condizioni di svantaggio e fragilità prima della pandemia da Covid-19 ha subito un peggioramento delle proprie condizioni.

Ad oggi sono oltre 2,8 milioni gli anziani non autosufficienti: il 20,7% degli anziani, l'81% del totale dei non autosufficienti in Italia. Il rischio cresce con l'età e supera il 40% oltre gli ottanta anni. Secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'occasione preziosa per il nostro welfare e per la questione della non autosufficienza, aprendo una stagione di riforme e punti di riflessioni su settori che hanno maggiormente risentito degli effetti della pandemia, come quello sanitario e socio-assistenziale.

Parole chiave: non autosufficienza, pandemia, crisi economica-sociale, PNRR

Abstract: *The pandemic has exposed and exacerbated the weaknesses of the Italian welfare state, hitting increasingly more and more at risk categories: women, especially with children, minors and young people, the poor, immigrants, frail elderly, lonely and non self-sufficient. Those who already lived in conditions of disadvantage and fragility before the Covid-19 pandemic suffered a worsening of their conditions. To date, there are over 2.8 million non self-sufficient elderly people: 20.7% of the elderly (over 12 million), 81% of the total non self-sufficient in Italy. The risk increases with age and exceeds 40% over the age of eighty. The risk increases with age and exceeds 40% over the age of eighty. According to current estimates, the number of dependent elderly people will double to nearly 5 million by 2030.The National Recovery and Resilience Plan (PNRR) represents a precious opportunity for our welfare and for the issue of non self-sufficiency, opening a season of reforms and points of reflection on sectors that have been most affected by the effects of the pandemic, such as healthcare. and social welfare.*

Key words: *Non self-sufficiency Pandemic Economic and social crisis PNRR*

La crisi connessa alla diffusione della pandemia del nuovo coronavirus SARS-CoV-2, rappresenta un evento epocale che ha generato forti ripercussioni economiche e sociali a livello mondiale.

L'Italia è stata colpita duramente dalla crisi sanitaria che si è abbattuta su un tessuto economico e sociale fragile, specie nelle aree del Mezzogiorno.

Per far fronte alla crisi, la più grave dal dopoguerra, la maggior parte dei paesi nel mondo ha messo in campo strumenti e programmi di aiuti economici per il rilancio dell'economia globale.

L'Unione Europea ha istituito il NextGenerationEU (NGEU), uno strumento temporaneo

(2021-2026) per la ripresa di oltre 800 miliardi di euro, al fine di contribuire a riparare i danni economici e sociali immediati causati dalla pandemia e creare un'Europa post COVID-19 più verde, digitale, resiliente e adeguata alle sfide presenti e future.

Il piano preparato dall'Italia per rilanciare l'economia è il "*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*" (PNRR). Il Piano è stato approvato definitivamente il 13 luglio dalla Commissione europea: ad annunciarlo la presidente Ursula Von Der Leyen, in una conferenza stampa congiunta con il presidente del Consiglio Mario Draghi. Il 13 luglio è arrivato il via libera del Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) dell'Ue, che ha dato la sua approvazione finale ai primi 12 Piani nazionali di ripresa e resilienza, tra cui appunto quello italiano (1).

Il PNRR prevede investimenti per un totale di 235,1 miliardi di euro.

Questi fondi, come emerge dalla figura 1 sono così ripartiti:

- 191,5 miliardi di euro sono finanziati dall'Unione europea attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto e 122,6 miliardi sono prestiti);
- 30,6 miliardi di risorse nazionali derivanti dal Fondo complementare al PNRR, finanziato attraverso lo scostamento pluriennale di bilancio e istituito con D.L. 6 maggio 2021, n. 59 convertito a legge n. 101 del 2021;
- 13 miliardi del React EU, il Pacchetto di assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori di Europa, altro strumento del NextGeneration UE, da spendere negli anni 2021-2027.

Fig. 1 - Composizione delle risorse del PNRR (Fonte: Italiadomani.gov, 2021)

Sono due gli obiettivi fondamentali del PNRR, riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica e contribuire ad affrontare le debolezze strutturali dell'economia italiana: divari territoriali; basso tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro; debole crescita della produttività; ritardi nell'adeguamento delle competenze tecniche, nell'istruzione, nella ricerca. In sostanza, si traccia il percorso per un Paese più innovativo e digitalizzato, più rispettoso dell'ambiente, più aperto ai giovani e alle donne, più coeso territorialmente (2).

Il PNRR è strutturato in quattro capitoli fondamentali:

1) Obiettivi generali e struttura del Piano
2) Riforme e investimenti
   2.1) riforme
   2.2) missioni
3) Attuazione e monitoraggio
4) Valutazione dell'impatto macroeconomico.

Come illustrato nella figura 2, il piano si articola in sedici Componenti, le quali sono raggruppate in 6 Missioni, ciascuna destinataria di una quota di risorse finanziarie (3):

1) Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura
2) Rivoluzione verde e transizione ecologica
3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile
4) Istruzione e ricerca
5) Inclusione e coesione
6) Salute.

La pandemia COVID-19 ha riportato al centro dell'attenzione nazionale lo stato del nostro welfare ed in particolare della Sanità italiana con i tagli che avrebbe ricevuto negli ultimi anni e che sarebbero alla base delle difficoltà avvisate nel contrastare il contagio. La crisi sanitaria originata dalla pandemia ha causato a sua volta una grave crisi economica e sociale, che ha avuto importanti conseguenze sul benessere presente e futuro delle persone e della società e, più in generale, sul sistema paese.

Tuttavia, occorre precisare che lo shock sanitario causato dal COVID-19 ha soltanto messo in luce le fragilità del nostro sistema sanitario, che erano latenti ancor prima dell'inizio dell'epidemia.

In tal senso, per chiarire, è opportuno conoscere quanto il nostro paese abbia dedicato alla

spesa sociale e, in particolare, a quella sanitaria, negli ultimi anni.

Andando a vedere gli ultimi dati consolidati e comparabili, quelli del 2019, a differenza di quella che è la percezione degli italiani, non è vero che il nostro paese non spende in welfare, ma il contrario. Spendiamo poco meno di Germania e Finlandia, paesi considerati all'avanguardia per i sistemi sociali, e più della Svezia.

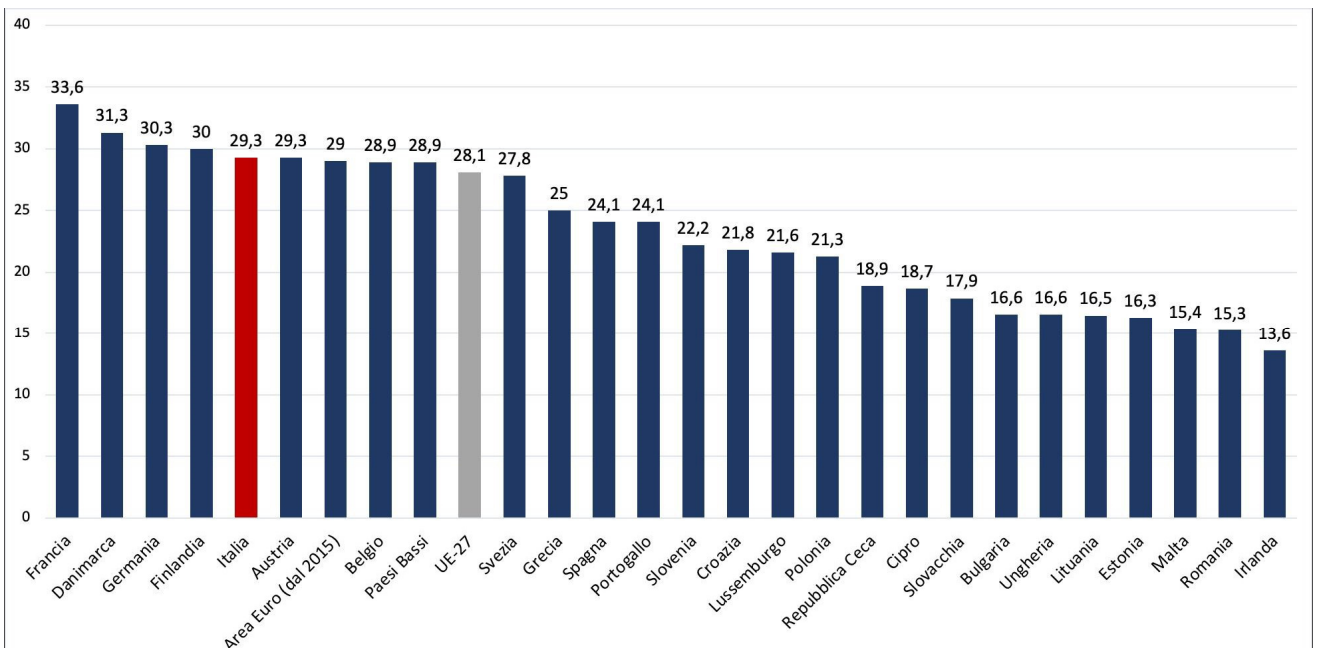
Come emerge dalla figura 3, l'Italia spende il 29,3% del proprio PIL, oltre 500 miliardi di euro, per erogare prestazioni sociali. Più della media europea (28,1%).

Il tema da prendere in considerazione è "come" spendiamo. In tal senso, dalla figura 4, emerge la media europea di spesa per le varie macro-aree in confronto con l'Italia. A prevalere nel nostro paese sono le pese previdenziali; spendiamo meno in tutte le altre.

Un altro dato interessante è capire come negli anni si è modificata la nostra spesa. Come emerge dalla figura 5, per la voce "vecchiaia e superstiti" è sostanzialmente rimasta stabile mentre tutte le altre voci, soprattutto quella sanitaria, sono andate diminuendo.

Fig. 2 - Risorse del piano e allocazione a missioni e componenti (Fonte: Italiadomani.gov, 2021)

Fig. 3 - La spesa sociale pubblica in % del PIL nei Paesi UE27 (anno 2019) (Fonte: EUROSTAT, 2019)



Appare evidente che il settore sanitario è quello che sembra aver subito il maggior ridimensionamento in termini di spesa.

L'Italia spende una percentuale di PIL per la Sanità, inferiore a quello della media europea; mentre anche a livello di spesa sociale spendiamo meno della media europea. Ed inoltre mentre nel decennio 2000-2008 abbiamo assistito ad un forte aumento di questa spesa (+6%), tra il 2009 e il 2017, la crescita è stata soltanto dello 0,3%.

Complessivamente gli italiani, non sono riusciti a trovare nel pubblico una risposta a tutti i loro bisogni di salute e quindi è aumentato il ricorso alla sanità privata (figura 6), cresciuta negli ultimi anni e che ha portato circa il 25% della nostra spesa sanitaria, a essere la cosiddetta spesa out-of-pocket: circa 5,8 miliardi sono mediati da forme integrative di assistenza alle quali aderiscono oltre 12 milioni di italiani.

Nel complesso fra pubblica e privata, la spesa sanitaria italiana nel 2016 rappresentava

Fig. 4 - Media spesa europea e italiana per macro-aree (Fonte: EUROSTAT, 2019)

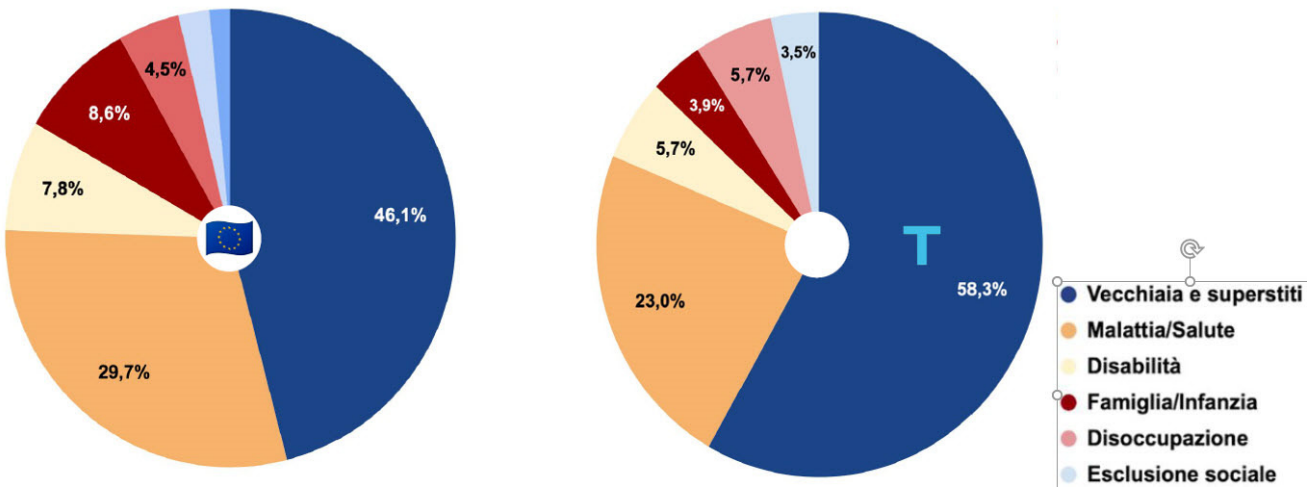
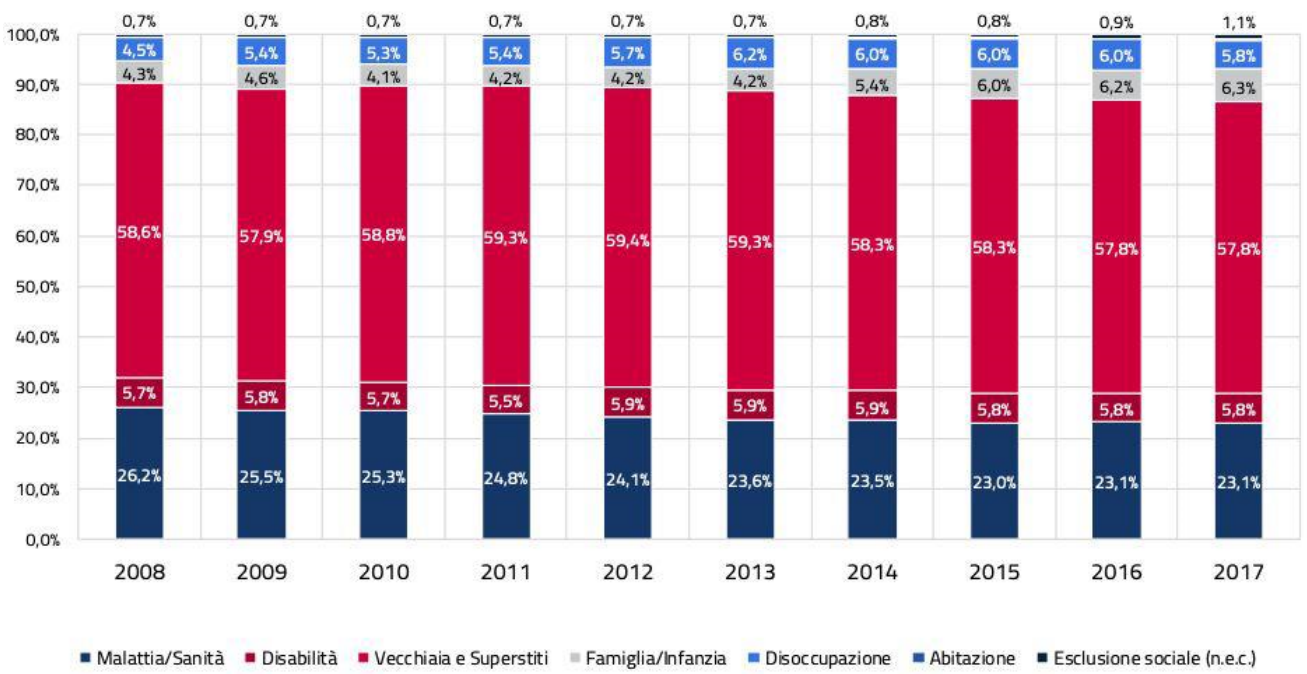


Fig. 5 - Voci di spesa nelle varie aree (Fonte: EUROSTAT, 2019)



l'8,9% del PIL e si collocava al dodicesimo posto su ventotto paesi dell'Unione Europea.

Tuttavia, in base ai dati più recenti di OCSE ed EUROSTAT, il quadro che emerge sul nostro sistema sanitario è nel complesso positivo, anche se con qualche elemento di preoccupazione.

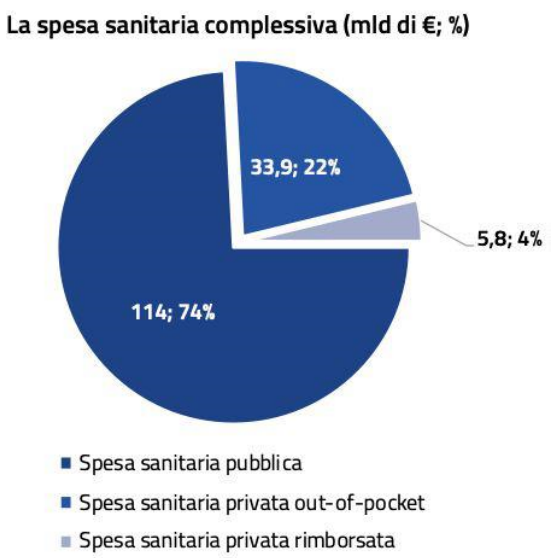
In un recente rapporto, l'OCSE ha evidenziato come l'Italia abbia migliorato notevolmente la qualità dell'assistenza sanitaria negli ultimi decenni e come gli indicatori di salute della popolazione italiana sono tra i migliori nell'area OCSE. L'Italia è al quinto posto tra in Paesi OCSE per quanto riguarda l'aspettativa di vita, 82,3 anni; e i tassi di ricovero ospedaliero per asma, malattie polmonari croniche sono tra i più bassi nell'area dell'OCSE.

Tuttavia permangono ancora delle forti disparità tra le Regioni.

Oltre a lavorare per ridurre le forti disparità tra le Regioni, è necessario porre maggiore attenzione rispetto alla qualità della sanità a livello nazionale. Mentre l'Italia fornisce un'assistenza sanitaria di qualità e ad un costo relativamente basso, circa € 3.027 per abitante, a parità di potere d'acquisto l'Italia spende molto meno di altri paesi come l'Austria, la Francia o la Germania.

In tal senso, numerosi studiosi del settore sanitario hanno evidenziato come un'ulteriore riduzione del finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale inciderebbe direttamente sull'offerta sanitaria e produrrebbe una diminuzione della fruibilità dei servizi sanitari da parte dei cittadini più deboli. Gli studiosi affermano anche che, per il mantenimento dei principi che definiscono il Sistema Sanitario Nazionale e per la sostenibilità complessiva del Sistema, è necessario dare maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, innovando i modelli organizzativi e assistenziali e i processi di lavoro.

Fig. 6 - Spesa sanitaria complessiva (mld di €; %) (Fonte: EUROSTAT, 2019)



Malgrado si sostenga che la spesa sanitaria si configura come un investimento piuttosto che come un costo, le decisioni politiche prese prima dell'arrivo di questa crisi non si sono in realtà allineate in maniera significativa a questa visione. La spesa sanitaria è ancora concentrata prevalentemente sugli interventi curativi, mentre la medicina preventiva rimane in larga parte insufficientemente finanziata.

La crisi pandemica ha evidenziato la necessità impellente di inserire la resilienza dei sistemi sanitari fra le dimensioni chiave di valutazione della performance dei sistemi sanitari, alla stregua dell'accessibilità, della qualità delle cure e dell'efficienza.

La pandemia da COVID-19 ha prodotto effetti sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: nella legge finanziaria per il 2022 si conferma l'incremento del Fondo sanitario nazionale di 2 miliardi l'anno per tre anni, il che porta lo stanziamento per il 2022 a quota 124,061 miliardi, a 126,061 miliardi per il 2023 e a 128,061 miliardi per il 2024. Altri 2 miliardi sono stanziati per l'edilizia sanitaria, un altro miliardo e 850 milioni per farmaci e vaccini anti COVID e poi si stabilisce la stabilizzazione del personale sanitario precario assunto durante l'emergenza COVID per la quale si stima una spesa complessiva (a valere comunque sulle risorse del fondo sanitario) di circa 690 milioni nel 2022, che scenderà a circa 625 milioni a decorrere dal 2023.

Un finanziamento aggiuntivo è previsto, inoltre, per la specializzazione dei medici per arrivare a circa 12mila posti annui stabili con una spesa nel triennio di 860 milioni.

Viene infine istituita una specifica indennità per medici e personale dei Pronto soccorso a decorrere dal 1° gennaio che potrà contare su uno stanziamento complessivo di 90 milioni di euro (27 riservati ai medici e 63 agli altri operatori).

In aggiunta vengono prorogate fino al 30 giugno 2022 le USCA anti COVID e cambiano i tetti per la spesa farmaceutica che dal 14,85% attuale, passeranno al 15,20% per cento per l'anno 2022, al 15,35 per cento nell'anno 2023 e al 15,50 per cento a decorrere dall'anno 2024.

In linea generale la pandemia ha messo a nudo e acuito le debolezze del welfare state italiano, colpendo maggiormente categorie sempre più a rischio: donne, specialmente con figli, minori e giovani, poveri, immigrati, anziani fragili, soli e non autosufficienti.

Chi già viveva in condizioni di svantaggio e fragilità prima della pandemia da COVID-19 ha subito un peggioramento delle proprie condizioni.

Tuttavia già negli ultimi decenni, lo Stato sociale sembrava essere entrato in crisi.

Tra gli elementi principali di tale crisi, si evidenziano in particolare (4):

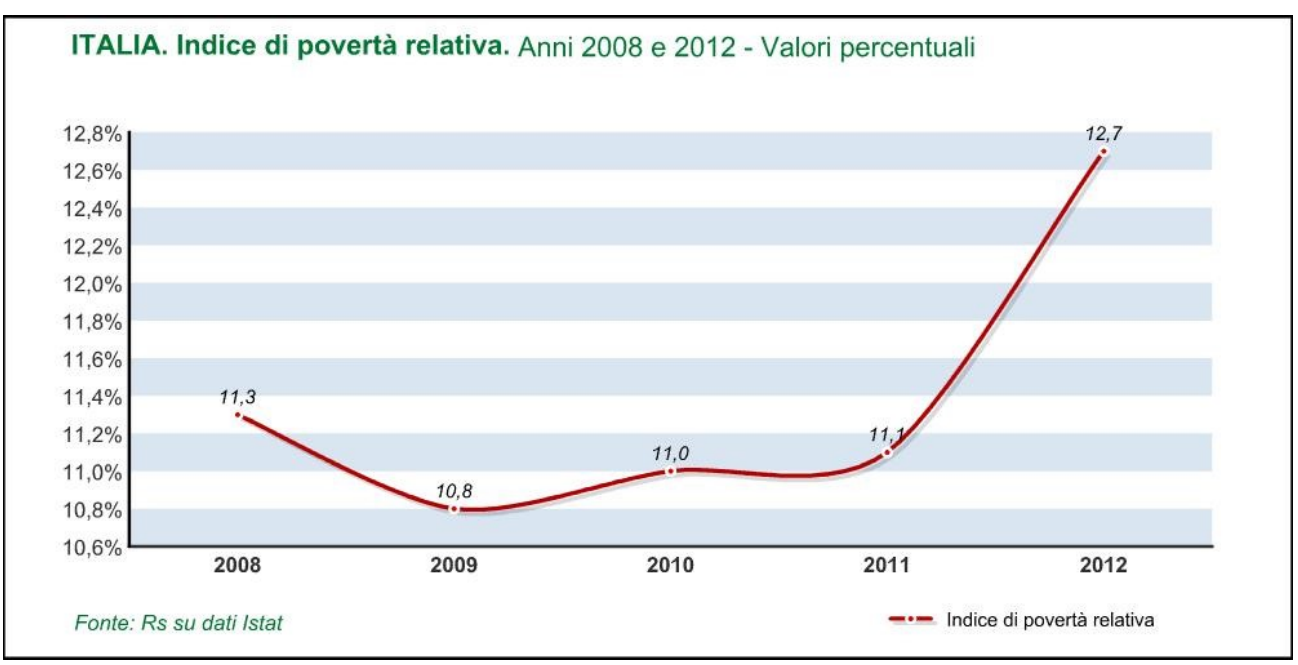
- mutamenti sociodemografici di varia natura che portano allo sviluppo di nuovi rischi e bisogni sociali;
- l'aumento delle spese, in particolare per pensione e assistenza sanitaria, che aumentano col crescere dell'età della popolazione e all'evoluzione delle cure mediche;
- costi crescenti per lo Stato e la contestuale crescita del debito pubblico.

Un problema fortemente legato a questa crisi, in Italia, è, senza dubbio la "questione demografica" e le problematiche di carattere socio-economico, che, sempre più negli ultimi anni, si sono imposti come veri e propri fattori emergenziali. Siamo passati da una robusta crescita della popolazione dagli anni Sessanta a una condizione di denatalità (5).

Se da un lato vi è il problema relativo alle nascite, dall'altro, si è allungata la vita media, anche se restano ancora importanti differenze tra i diversi territori. Negli anni sessanta in Italia si respirava un'aria di benessere e la speranza di vita era di 63,7 anni per gli uomini e 67,2 anni per le donne; grazie anche all'uso degli antibiotici. Negli anni ottanta continua la crescita anche se a livelli più attenuati. Nel 1989 gli italiani sono quasi 56,7 milioni e la loro aspettativa di vita è ancora aumentata (73,6 anni per gli uomini e 80,2 per le donne). Questo è il decennio che segna il passaggio dal concetto di cura a quello di prevenzione (Giannini, 2016).

Nel nuovo millennio, la percentuale degli anziani sembra aumentare ancora. Infatti l'ISTAT certifica che, nel 2018, la speranza di vita alla nascita era pari a 85,2 anni per le donne e 80,8 per gli uomini. Le previsioni affermano che nel 2050 la percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione arriverà al 34% e quella

Fig. 7 - Indice di povertà relativi in Italia. Anni 2008-2012 - Valori percentuali (Fonte: dati ISTAT, 2012)



degli over 85 arriverà a circa il 7% (Razetti, Maino, 2019).

La sopravvivenza è prevista in aumento. Entro il 2065 la vita media crescerebbe fino a 86,1 anni e fino a 90,2 anni, rispettivamente per uomini e donne (80,1 e 84,6 anni nel 2015) (6).

Un altro fenomeno da tenere in considerazione per comprendere meglio la crisi del welfare, e che sempre più frequentemente sta interessando gli anziani che vivono in solitudine, è il costante aumento della povertà e dei fenomeni di esclusione sociale.

In relazione al fenomeno della povertà, la fig. 7 mostra l'andamento della povertà relativa, che dal 2011 ha subito un forte incremento.

Secondo l'ISTAT una persona (o una famiglia) è in condizione di povertà "relativa" se la sua spesa è inferiore o pari ad una soglia, determinata annualmente rispetto alla spesa media mensile pro-capite per consumi delle famiglie italiane; vi è povertà "assoluta", invece, se la sua spesa è inferiore o pari alla soglia assoluta, corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile (7). Come riporta l'ISTAT, l'incidenza ella povertà negli ultimi anni è notevolmente aumentata, sia in termini assoluti (figura 8) che relativi (fig. 9).

Nel 2017 si stimavano in povertà assoluta 1 milione e 778 mila famiglie residenti, pari a 5 milioni e 58 mila individui; rispetto al 2016 la povertà assoluta è cresciuta in termini sia di famiglie sia di individui. L'incidenza della povertà assoluta è pari al 6,9% per le famiglie (rispetto al 6,3% del 2016) e all'8,4% per gli individui (nel 2016 pari a 7,9%) (8).

Entrambi i valori sono i più alti dal 2005, quando l'ISTAT ha avviato la propria serie strica su questi dati.

Anche la povertà relativa risulta in crescita.

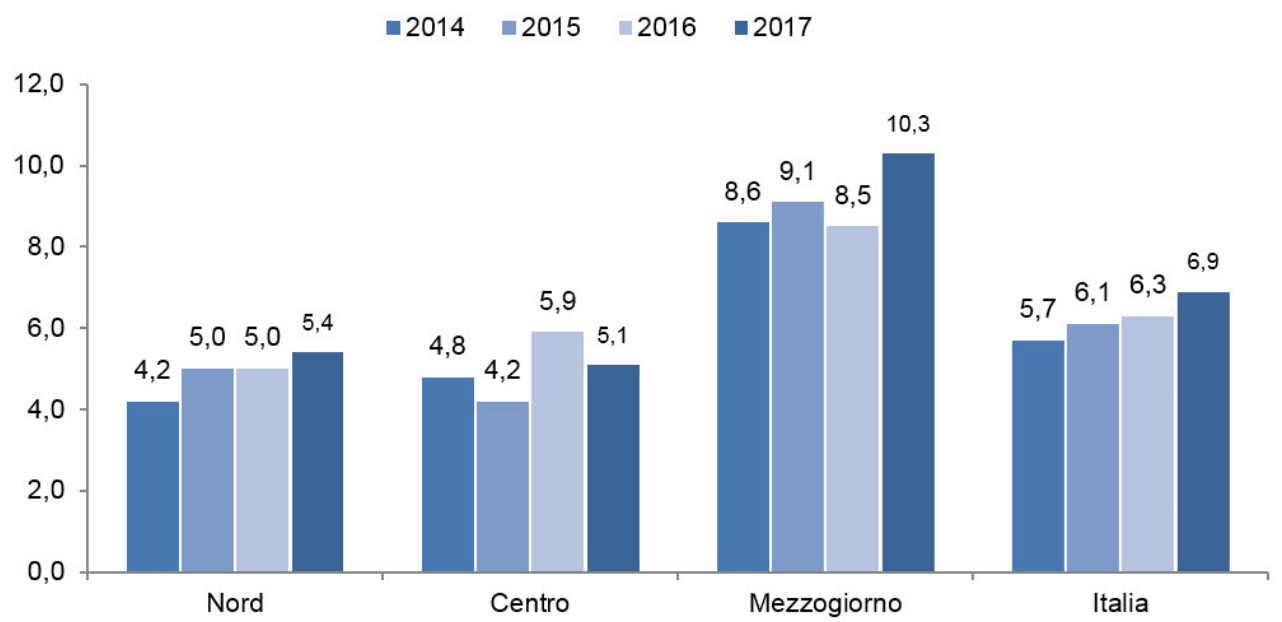
Nel 2017 tale indice riguarda 3 milioni 171 mila famiglie residenti (12,3%, contro 10,6% nel 2016), e 9 milioni 368 mila individui (15,6% contro 14,0% dell'anno precedente) (8).

Un altro importante fenomeno su cui porre attenzione è quello dell'esclusione sociale o rischio di povertà. Un individuo è a rischio povertà se sussiste una delle tre seguenti condizioni: rischio di povertà dopo trasferimenti sociali (povertà di reddito), gravemente deprivati materialmente o che vivono in famiglie con un'intensità di lavoro molto bassa (9). L'EUROSTAT ha certificato che questo dato riguarda quasi il 25% della popolazione. Come si evince dalla fig. 10, in Italia il rischio è maggiore rispetto al resto dell'Europa, arrivando al 29,9%.

Secondo gli indicatori calcolati dall'EUROSTAT, dunque, quasi tre italiani su dieci sono a rischio di povertà o di esclusione sociale.

In Italia, lo Stato ha cercato di intervenire su questo fronte con diverse misure: dapprima con il Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA), poi il

Fig. 8 - Incidenza di povertà assoluta familiare per ripartizione geografica (Fonte: ISTAT, 2018)



Reddito di Inclusone (REI) e più recentemente con il Reddito di cittadinanza, che ha portato lo stanziamento di circa 7 miliardi contro la povertà. Tuttavia questi interventi, nonostante l'andamento positivo del PIL tra il 2015 e il 2018, finora sembrano non essere stati sufficienti a fermare la crescita del fenomeno e a comprimere l'indice di disuguaglianza. In questi ultimi anni, anzi, è aumentato il divario tra ricchi e poveri, conseguenza, soprattutto, di una riduzione dei redditi più bassi (Razetti, Maino, 2019).

In questa cornice non sorprende l'emergere di fenomeni di esclusione sociale e solitudine, che colpiscono in particolar modo le persone anziane.

Attualmente in Europa il 28% degli ultrasettantenni vive da solo, circa due terzi delle persone con età superiore a 75 anni deve ricorrere ad una assistenza informale, prestata essenzialmente da badanti o da familiari più stretti.

Un anziano su sei vive in povertà e le donne sono particolarmente esposte al rischio di ricevere pensioni basse a causa di un percorso lavorativo incompleto.

La povertà sta assumendo sempre più il connotato di una gravissima criticità, legata anche alle politiche di rientro dai deficit dei Paesi membri.

In Italia, su circa 60.626.000 residenti, il 20,3% ha più di 65 anni ed il 5,6% ha più di 80 anni con una distribuzione maggiore nel Nord del Paese ed i trend demografici evidenziano per il prossimo futuro un aumento della popolazione anziana fino ad oltre il 30% della popolazione totale con un incremento di quella ultrasettantacinquenne (+25% pari a più di 1.400.000 persone soprattutto donne, nei prossimi dieci anni).

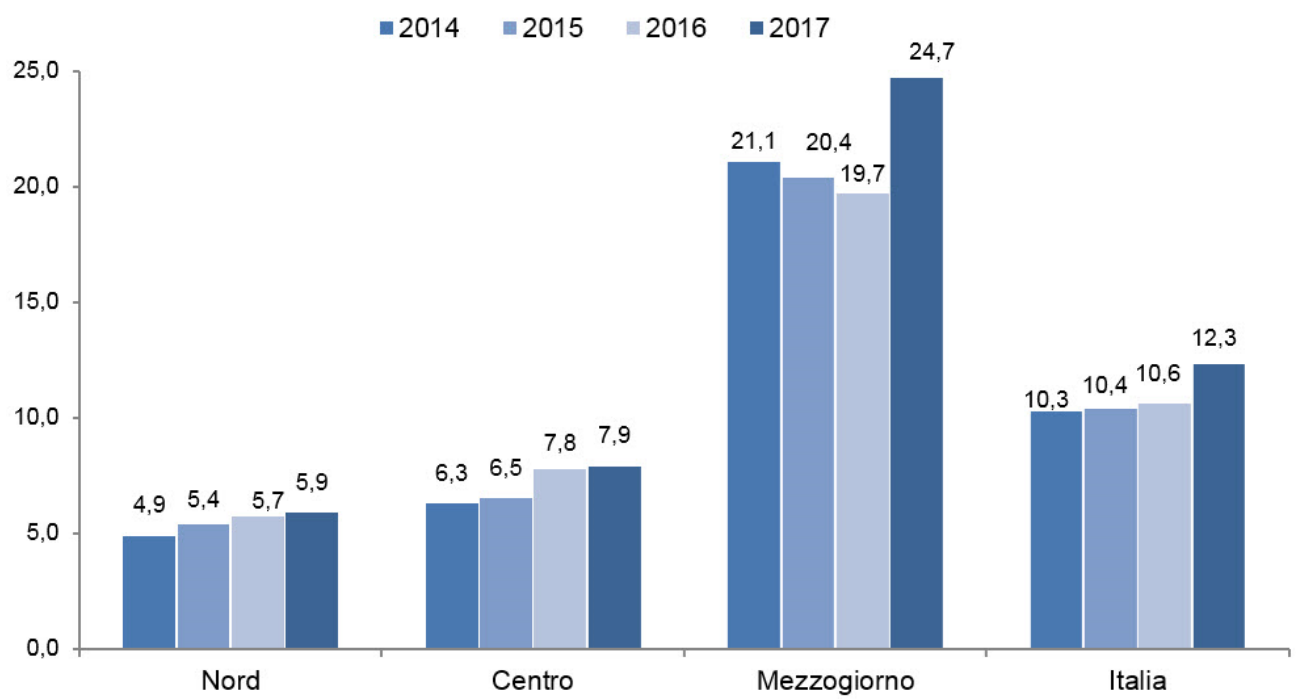
Dunque, l'aumento dell'età media della popolazione è, unitamente ad altri fattori ovviamente tra i quali la povertà, alla base dell'aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza.

I sistemi sanitari e sociali europei sono tutti sottoposti a regole di ottimizzazione delle risorse, secondo rigorosi criteri di efficacia ed efficienza per diminuire la pressione sulla spesa pubblica e la strada maestra individuata è quella di implementare i servizi di territorio, la medicina di comunità, le cure domiciliari, la continuità assistenziale, avvalendosi oltreché dell'intervento pubblico, del mercato sociale e del terzo settore, della mutualità sia negoziale che di territorio.

I dati più recenti indicano un aumento delle patologie croniche e degenerative legate all'invecchiamento (Parkinson ed Alzheimer), nonché del diabete, dell'ipertensione, BPCO, cardiopatie ed infine della depressione.

Secondo l'ISTAT, nel 2017, le malattie croniche interessavano oltre il 39% della popolazione, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,5

Fig. 9 - Incidenza di povertà relativa familiare per ripartizione geografica (Fonte: ISTAT, 2018)



milioni presentavano multi-cronicità e si trattava per la maggior parte di soggetti over 65.

Ad oggi, oltre 14 milioni di persone in Italia convivono con una patologia cronica e di questi 8,4 milioni sono ultra 65enni. Sono proprio loro, i pazienti doppiamente fragili per età e per patologie pregresse, che hanno maggiormente subito gli esiti della pandemia.

Secondo il Report del 2 dicembre 2020 dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) "*Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*", l'età media dei pazienti deceduti e positivi al COVID è di 80 anni ed è più alta di 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione. In particolare la letalità per fascia di età passa dallo 0,19% nel gruppo di età 40-49 anni allo 2,97% nella fascia 50-59 anni, al 10,23% nel gruppo di età 60-69 anni, al 19,03% nella fascia di età 80-89 anni (10).

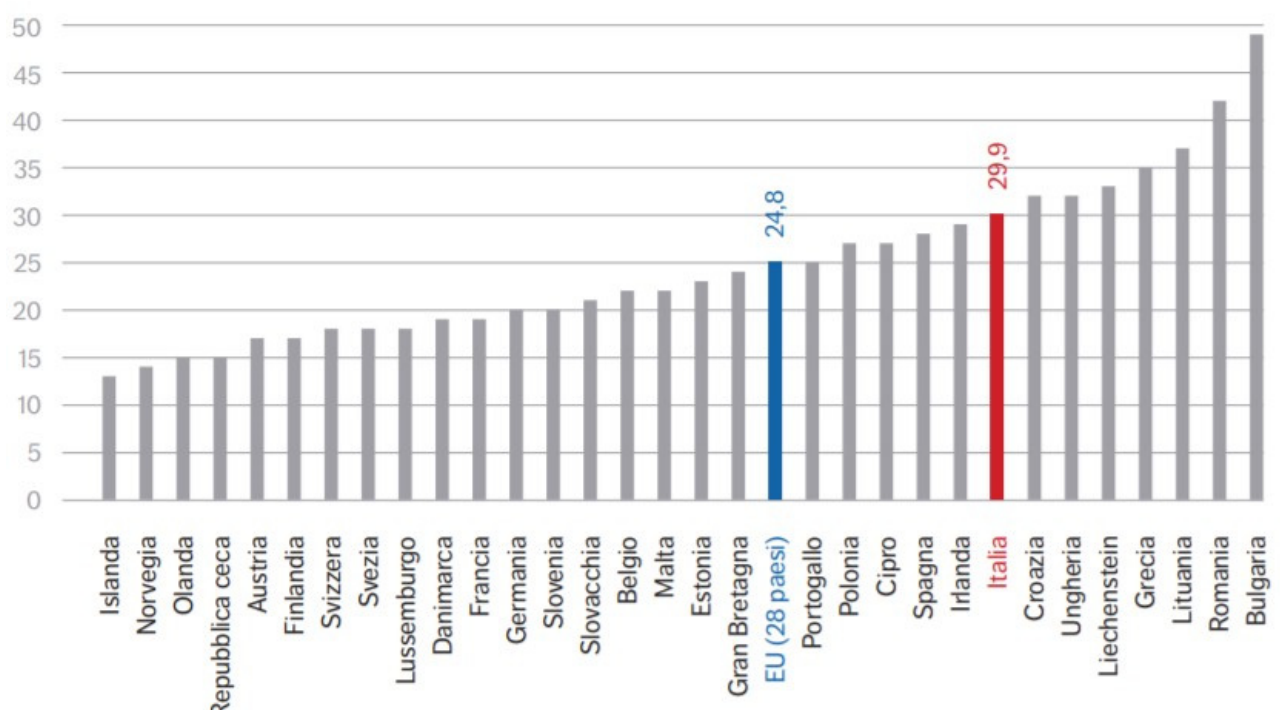
Attualmente nel nostro Paese si stima si spendano, complessivamente, circa 66,7 miliardi per la cronicità; stando alle proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028 spenderemo 70,7 miliardi di euro.

La "geografia della disabilità" vede al primo posto le Isole, con una prevalenza del 6,5%, contro il 4,5% del Nord ovest. Mentre la capacità di spostarsi liberamente è molto limitata tra le persone con disabilità. I dati sulla mobilità, relativi al 2019, mostrano che solo il 14,4% delle persone con disabilità si sposta con mezzi pubblici urbani, contro il 25,5% del resto della popolazione (11).

Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre 13 miliardi. Di queste circa il 71% è stato corrisposto a ultra 65enni, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010.

Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella sfera territoriale, a livello regionale o comunale, erogate sia in forma monetaria, ad esempio voucher, assegni di cura e buoni sociosanitari, sia sotto forma di servizi: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Risultano inoltre a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA (Residenze sanitarie assistenziali), mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza,

Fig. 10 - Tasso di esclusione sociale - "at-risk-of poverty" in Europa, % - 2012 (Fonte: EUROSTAT, 2014)



anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

A pesare è il maggior numero di patologie che si sovrappongono andando avanti con gli anni. Già dopo i 65 anni più della metà delle persone convive con una o più malattie croniche e questa quota aumenta con l'età fino a interessare i tre quarti degli ultra 85enni e i malati cronici sono quelli più a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) le più comuni malattie croniche diagnosticate prima di contrarre l'infezione da COVID nei pazienti deceduti sono (12):

- cardiopatia ischemica (28%);
- l'ipertensione arteriosa (65,8% dei decessi);
- il diabete mellito di tipo 2 (29,3%);
- la fibrillazione atriale (24,2%);
- le demenze (23,1%);
- l'insufficienza renale cronica (21,1%);
- la bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (17,3%);
- i tumori attivi negli ultimi 5 anni (17%).

Queste condizioni hanno portato, in assenza di una organizzazione adeguata a fronteggiare la crisi sanitaria, alla morte di anziani e operatori nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Ad oggi, i dati dei decessi nelle strutture residenziali (per anziani e per disabili) sono parziali e incompleti, ma quelli esistenti sono impietosi. Alla fine di maggio 2020, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha concluso una prima indagine sulle RSA, a cui hanno risposto meno della metà delle strutture contattate (il 41,3%). Nei soli tre mesi di febbraio, marzo e aprile del 2020 in queste strutture sono deceduti 3.772 ospiti positivi al COVID o con sintomi simil-influenzali. Se riportiamo queste grandezze all'universo e a un arco temporale che arriva fino alla fine dell'anno arriviamo a una stima (cauta) di oltre diecimila decessi per COVID nelle RSA italiane (12).

La crucialità dell'età nella esposizione al virus ha portato questa variabile ad essere considerata tra le principali nella organizzazione del Piano vaccini, indicando tra i gruppi di popolazione da vaccinare in via prioritaria gli ultra 80enni prima, e quindi gli ultra 60enni con eventuali patologie croniche pregresse, di cui sopra.

A parer di chi scrive, in questo scenario, è opportuno porgere delle riflessioni sulla condizione della non autosufficienza.

Quello della non autosufficienza è un tema da intrecciare fortemente con quello dell'assistenza socio-sanitaria.

In molti casi, il termine "non autosufficiente" è utilizzato come sinonimo di "disabile", concetto in realtà più complesso, come esplicitato nel documento dell'OMS del 2001 dal titolo "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) secondo il quale un disturbo, strutturale o funzionale, deve essere rapportato a tutti gli aspetti della salute umana (udire, camminare, imparare e ricordare) e a quelli "collegati" (mobilità, istruzione, partecipazione alla vita sociale).

Una persona con disabilità, invece, è colui il quale ha una qualsiasi limitazione della capacità di agire. Questa limitazione è una conseguenza ad uno stato di minorazione e/o menomazione. La menomazione può riguardare una funzione psicologica, fisiologica o anatomica. Insomma la disabilità porta ad un handicap: uno svantaggio, una limitazione della capacità di agire e rapportarsi.

Un individuo non autosufficiente, invece, è colui al quale viene diagnosticata una situazione patologica. Questa situazione patologica limita o persino impedisce la vita di relazione, sociale e lavorativa dell'individuo stesso.

Egli richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali, come ad esempio, alzarsi da un letto o da una sedia, alimentarsi, muoversi, ma non solo: anche una assente o scarsa vita sociale può portare a una condizione di non autosufficienza.

In linea generale, la non autosufficienza è un concetto correlato sia all' età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le normali azioni della vita quotidiana "*ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva (*Beltrametti et al., 2000)".

Ad oggi sono oltre 2,8 milioni gli anziani non autosufficienti: il 20,7% degli anziani, l'81% del totale dei non autosufficienti in Italia. Il rischio

cresce con l'età e supera il 40% oltre gli ottanta anni (13).

Secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030 (14).

I pilastri sui quali poggia la non autosufficienza sono:

1) l'indennità di accompagnamento: prestazione monetaria prevista nel caso della cosiddetta invalidità civile, ossia l'invalidità che non deriva da cause di servizio, di guerra o di lavoro;

2) le prestazioni socio-sanitarie: comprendono l'assistenza residenziale e semiresidenziale agli anziani e ai disabili, compresi i soggetti affetti da dipendenze (alcolisti e tossicodipendenti) o patologie psichiatriche e l'assistenza domiciliare integrata e non integrata;

3) le prestazioni socio-assistenziali: a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe e sono prevalentemente erogate da enti territoriali, in particolare dai comuni;

4) assistenza privata: nel 2019 si contavano circa 1.018.555 milione di badanti (15).

Occorre, tuttavia, sottolineare che la non autosufficienza è un tema da sempre dibattuto ed il cui finanziamento e le relative problematiche risalgono già da prima dell'emergere della pandemia.

L'attenzione posta dal legislatore su questo tema nel corso degli ultimi venti anni, è parsa marginale e residuale, rispetto all'importanza dell'argomento.

Manca una Legge quadro nazionale che funga da cornice: sono numerose le proposte avanzate da tutte le parti politiche ma nessuna è arrivata alla discussione, anche per la difficoltà di individuare le risorse in campo.

Ciò ha determinato un'ampia variabilità nei comportamenti delle Regioni e delle Province autonome.

Da un punto di vista operativo e nazionale, una prima vera attenzione al tema si è avuta con l'istituzione del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNNA), nato in un'epoca (2006-2008) in cui la questione non autosufficienza era al centro del dibattito politico. Tenuto conto della strutturale carenza, nel nostro Paese, di un programma unitario per la non autosufficienza, il Fondo era stato concepito proprio come strumento di avvio di un progetto nazionale per la costruzione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) per le persone non autosufficienti; in particolare esso era destinato a sostenere gli oneri di rilevanza sociale.

Già precedentemente, con la Riforma del Titolo V della Costituzione di cui alla legge costituzionale n. 3/2001, la nozione di LEP risulta (art. 117, comma 2, lett. m) (16):

- estesa alle prestazioni relative a tutti i diritti sociali e civili;
- estesa su tutto il territorio nazionale;
- costituzionalizzata.

In questo senso, la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), ovvero diritti di cittadinanza e quindi il diritto di tutti i cittadini all'assistenza sanitaria e sociale, diviene uno degli elementi più significativi nella ricostruzione dei rapporti di potere e delle competenze dello Stato e delle Regioni (17).

Lo Stato centrale si fa carico di assicurare che nelle diverse aree territoriali siano assicurati i servizi, le prestazioni e gli interventi che possano rendere effettivamente fruibili ed esigibili i LEP, indicando anche la strada per una loro fruizione integrata.

Per quanto l'impegno finanziario da principio non fosse adeguato (100 milioni nel 2007 e 200 nel biennio successivo, poi incrementati a 300 e 400 milioni con la legge finanziaria del 2008), si trattava comunque di un importante atto simbolico in un contesto nazionale e internazionale in cui le tematiche legate alla *long-term-care* (LTC) entravano prepotentemente nell'agenda politica dei vari governi.

Tale Fondo, al volgere del decennio, caratterizzato dalla crisi economica e finanziaria, è stato direttamente azzerato nel biennio 2011-2012, per poi ricevere, nel biennio 2013-2014, finanziamenti annuali.

L'intento riformatore, nei fatti, fu presto abbandonato, dal momento che negli anni successivi le attenzioni della politica alla questione non autosufficienza scemarono. Il Fondo però è sopravvissuto fino ai nostri giorni, in quanto unico strumento a sostegno del welfare territoriale per i non autosufficienti.

Dunque, rispetto alle dimensioni della questione non autosufficienza, il Fondo ha da sempre avuto un ruolo limitato. Alcune cifre possono aiutare a comprenderne l'impatto:

- incidenza rispetto alla spesa per LTC del Paese: 1,6% (al netto della spesa sanitaria 2,7%);

- copertura della spesa sociale dei Comuni per anziani e disabili: 15%;
- beneficiari del Fondo rispetto al numero di beneficiari di indennità di accompagnamento: 5,3%;
- beneficiari del Fondo rispetto alle persone con gravi limitazioni funzionali: 3,8%.

Lo Stato negli anni seguenti si è limitato a rifinanziare il Fondo, senza proseguire il percorso di costruzione degli altri elementi chiave della riforma (strumenti di valutazione dei bisogni, livelli essenziali delle prestazioni, rapporti con le altre politiche di welfare, definizione del ruolo degli enti locali).

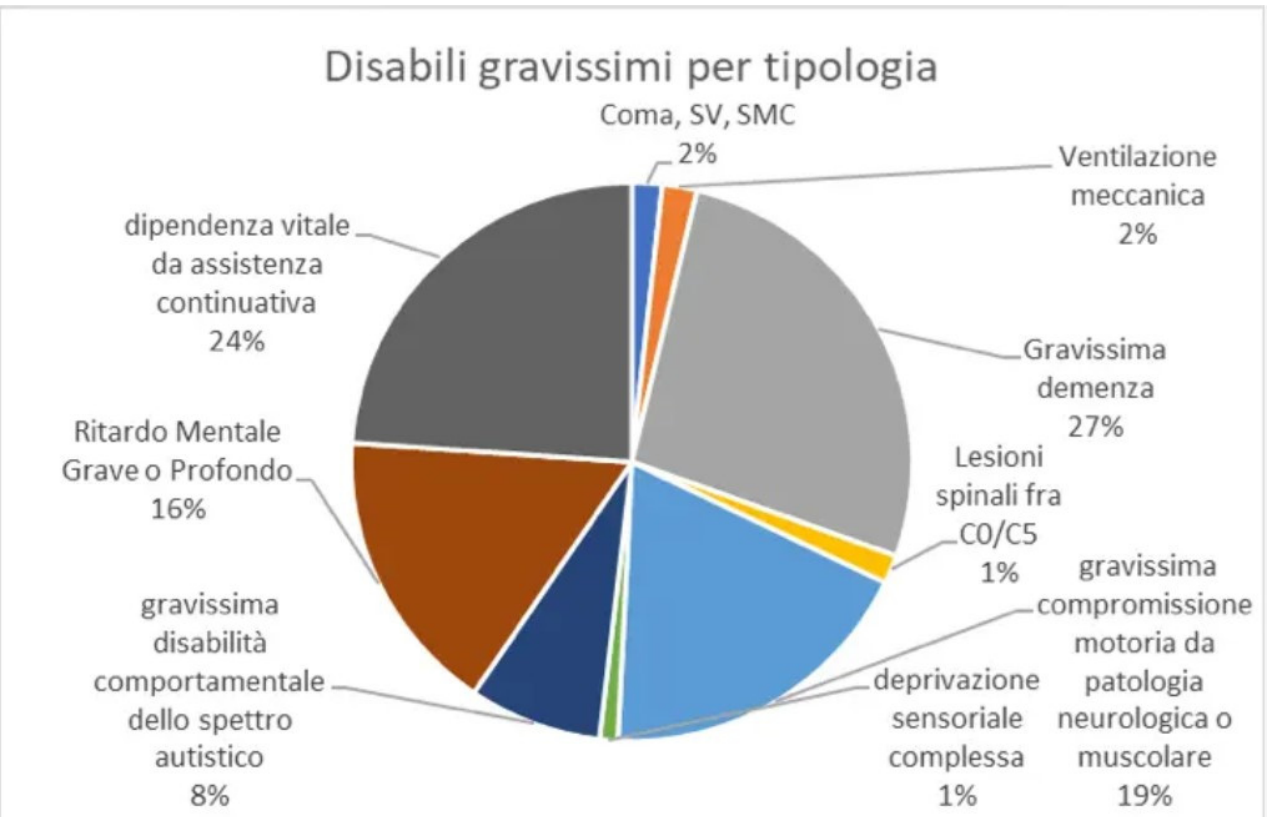
L'elemento maggiormente indicativo di questa cristallizzazione è il fatto che, dal suo avvio, non sono stati più modificati i criteri di riparto tra le regioni, mantenendo una formula che solo parzialmente era considerabile una proxy del fabbisogno dei non autosufficienti.

Invece, la ricognizione ha dimostrato che tale politica nazionale ha trovato declinazioni molto differenziate da regione a regione.

Nonostante questa modesta portata rispetto alle dimensioni del sistema, ci si sarebbe aspettati che tale Fondo nazionale, proprio perché comune a tutti territori, trovasse un'applicazione omogenea a livello locale. Tuttavia, la ricognizione ha dimostrato che la politica nazionale ha trovato declinazioni molto differenziate da regione a regione. Ad esempio, alcune regioni non hanno previsto alcun cofinanziamento mentre altre integrano il trasferimento nazionale con importanti risorse proprie; alcune regioni hanno utilizzato il Fondo quasi esclusivamente per erogazioni monetarie, altre invece ne hanno impiegato quote rilevanti anche per voucher/acquisto di servizi.

Una breve riflessione su quali sono i beneficiari "privilegiati" dal Fondo, ovvero i "gravissimi" (fig. 11), coloro che, rispetto agli altri non autosufficienti, ricevono interventi "rafforzati", secondo la riformulazione effettuata dal Ministero dopo il 2016. Tenuto conto che gli anziani sono la categoria più numerosa di persone non autosufficienti, la composizione dei disabili gravissimi fa supporre che, rispetto alle persone con limitazioni delle altre fasce d'età, gli anziani abbiano una ridotta probabilità di essere inclusi nel perimetro ristretto.

Fig. 11 - Disabili gravissimi assistiti dal FNNA per tipologia, 2018 (Fonte dati: Piano Nazionale Non Autosufficienza)



Da un punto di vista normativo, il legislatore è intervenuto soltanto a partire dal 2016 con le prime vere rivoluzioni normative legate al tema della non autosufficienza. La prima è senza dubbio legata all'introduzione del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 2016; la seconda nel 2019 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM). Entrambe danno per la prima volta maggior peso alla sfera territoriale.

Con il D.M. 26 settembre 2016 le risorse assegnate al «Fondo per le non autosufficienze» per l'anno 2016, pari ad euro 400 milioni, sono state attribuite, per una quota pari a 390 milioni, alle regioni, e per una quota pari a 10 milioni di euro, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. I criteri utilizzati per il riparto per l'anno 2016 sono basati sui seguenti indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza:

a) popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%;

b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'art. 20, comma 8, della L. 8 novembre 2000, n. 328, nella misura del 40%.

Per quanto riguarda le finalità, le risorse sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

- attivazione o rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare;

- previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari;

- previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale.

Tali risorse sono state finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono state considerate aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni.

Il decreto ha dato anche maggior risalto all'integrazione socio-sanitaria, prevedendo, da parte delle Regioni, determinate attività come: rafforzare i punti unici di accesso (PUA) alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari; attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie; adottare ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale, prevedendo che gli ambiti sociali intercomunali di cui all'art. 8 della L. 8 novembre 2000, n. 328, trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari.

Con tale decreto si è approvato anche un Piano Triennale per la non autosufficienza per il periodo 2017-2019 volto a definire:

i) i principi e i criteri per l'individuazione dei beneficiari, a partire dalla definizione di disabilità gravissima;

ii) lo sviluppo degli interventi a valere sulle risorse del Fondo per le non autosufficienze nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale;

Tale decreto di riparto per le risorse per l'anno 2016, può essere considerato il primo documento programmatico nazionale, una sorta di

"Piano Zero", ed avvia un percorso di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Con il decreto del 2016, inoltre, è stata fornita, per la prima volta a livello normativo, una valida definizione di "disabilità gravissima", individuando il carico assistenziale indotto da una condizione di non autosufficienza a partire da alcune specifiche condizioni patologiche e/o di assistenza strumentale rivolta a funzioni vitali.

A decorrere dal 2016, l'intera dotazione del Fondo per le non autosufficienze ha assunto un carattere strutturale e la dotazione è stata crescente: dai 400 milioni di euro del 2016 ai 550 milioni di euro nel triennio 2019-2021.

Con il D.P.C.M. 21 novembre 2019 è stato adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2019-2021, con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti per:

- favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione;
- garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali.

La vera novità di questo decreto è stata coinvolgere le Regioni ad adottare un "Piano regionale per la non autosufficienza", ovvero un ulteriore atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del Piano nazionale, a valere sulle risorse nazionali stanziate da tale decreto, ed al fine di garantire prestazioni omogenee sull'intero territorio italiano e la futura definizione dei LEP.

Il Piano regionale, ovvero l'atto di programmazione regionale, individua su base triennale gli specifici interventi e servizi sociali per la non autosufficienza finanziabili a valere sul Fondo per le non autosufficienze.

Le risorse complessivamente afferenti al «Fondo per le non autosufficienze» nel triennio 2019-2021 sono pari a 573,2 milioni di euro nel 2019, 571 milioni di euro nel 2020 e 568,9 milioni di euro nel 2021 (18). Le risorse di cui al comma 1 di tale decreto sono state destinate alle regioni per l'intero ammontare secondo i criteri di riparto di cui all'art. 1, comma 2, del D.M. lavoro e politiche sociali 26 settembre 2016.

Le regioni utilizzano le risorse di cui al presente decreto, prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 50 per cento, per gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

Tuttavia, volendo effettuare una contestualizzazione del Fondo, le prestazioni sociali associabili alla funzione "disabilità" ammontano a circa 28 miliardi di euro, pari a circa il 6% del totale delle prestazioni sociali. Si tratta di un complesso di interventi soprattutto di natura monetaria, che riguardano una platea molto più ampia di beneficiari, legati ad una condizione di disabilità, ma non necessariamente di "non autosufficiente". In tal modo, emerge il ruolo quantitativamente circoscritto del Fondo per la non autosufficienza, che nel 2019 valeva il 2% del totale delle prestazioni sociali erogate nell'ambito della disabilità.

Inoltre l'eterogeneità a livello regionale nel numero di non autosufficienti gravi e nella loro quota rispetto al totale degli assistiti si accompagna ad un notevole diversità territoriale nella programmazione delle risorse loro dedicate. Anche se queste differenziazioni territoriali appaiono l'effetto non sorprendente della mancata strutturazione delle risorse del FNA fino al 2016 e della rilevante eterogeneità dei sistemi di welfare territoriali, i maggiori investimenti che devono essere fatti in termini programmatori riguardano l'identificazione di strumenti che permettano di definire unitariamente la platea dei beneficiari.

Il recente Piano Nazionale Non Autosufficienza rappresenta il tentativo di uscire dalla logica di provvedimenti annuali estemporanei per costruire, invece, un progetto di medio periodo. Va riconosciuto che ciò ha significato una stabilizzazione delle risorse, dando alle regioni la possibilità di conoscere in anticipo le disponibilità per il successivo triennio.

Inoltre l'attuale piano è volto ad eliminare le diseguaglianze territoriali e a costruire un percorso condiviso a livello nazionale.

Infatti, per garantire una maggiore uniformità di erogazione delle prestazioni le Regioni e Province autonome stanno sperimentando già da tempo, forme di integrazione socio-sanitaria per ciò che riguarda la presa in carico (Punti unici di accesso, Sportelli Unici) e la valutazione, con la costituzione di Unità di Valuta-

zione Multidimensionale, per rispondere a qualunque profilo di bisogno, sociale, assistenziale e sanitario.

Inoltre entro la primavera 2024, dovrà essere approvata una legge delega di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Una riforma attesa da oltre vent'anni, che riguarda 2,8 milioni di anziani non autosufficienti e le loro famiglie. Basti pensare che un'altra grande riforma del welfare - quella sulla disabilità - la legge delega è stata licenziata dal Parlamento prima di Natale. Una proposta per ridisegnare complessivamente il sistema arriva ora dal "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" con il documento "Proposte per l'introduzione di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani", 121 pagine di visione e di proposte minuziosamente dettagliate che Cristiano Gori, coordinatore del Patto, definisce «ambiziosa e realista, contemporaneamente» (19).

Lo scopo è arrivare a un approccio integrato fra prestazioni sociali e sanitarie, favorendo la cura degli anziani il più possibile fuori dagli istituti. La riforma svilupperà i progetti inseriti nel PNRR, puntando a semplificare l'accesso alle prestazioni, a rafforzare l'assistenza domiciliare e a riqualificare le RSA. Un obiettivo fondamentale sarà la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire (20).

La pandemia ha evidenziato la necessità impellente di inserire la resilienza fra le dimensioni chiave di valutazione della performance dei sistemi sanitari, alla stregua dell'accessibilità, della qualità delle cure e dell'efficienza. Inoltre, nonostante gli importanti sforzi compiuti negli ultimi anni, le politiche sociali e di sostegno alle famiglie devono essere ancora notevolmente rafforzate. Queste politiche vanno inserite in una programmazione organica e di sistema che abbia lo scopo di superare i sensibili divari territoriali esistenti, con la finalità di migliorare l'equità sociale, la solidarietà intergenerazionale e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'occasione preziosa per il nostro welfare e per la questione della non autosufficienza, aprendo una stagione di riforme e punti di riflessioni su settori che hanno maggiormente risentito degli effetti della pandemia, come quello sanitario e socio-assistenziale.

Ma in che modo il PNRR può davvero avere un impatto positivo su questo tema?

Come affermato in precedenza, quello della non autosufficienza è un tema che si intreccia fortemente con quello socio-sanitario.

In tal senso, delle sei missioni che compongono il PNRR, due riguardano direttamente questo aspetto, le Missione 5 - "Inclusione e coesione" e la Missione 6 - "Salute e Resilienza".

Il piano dedica a queste due missioni ingenti risorse finanziarie, come emerge dalla figura 12.

Una notevole importanza in questo ambito assume l'istituzione di un fondo di 11 miliardi di euro dedicato al rafforzamento del ruolo dei

Fig. 12 - PNRR, valori assoluti e composizione (Fonte: Italia domani)

Valori assoluti (in Mld) e composizione % del PNNR (al netto React e Fondo Complementare)		
Missioni	Mld di €	%
DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITÀ E CULTURA	40,73	21,3%
RIVOLUZIONE VERDE E TRANSIZIONE ECOLOGICA	59,33	31,0%
INFRASTRUTTURE PER UNA MOBILITÀ SOSTENIBILE	25,13	13,1%
ISTRUZIONE E RICERCA	30,88	16,1%
INCLUSIONE E COESIONE	19,81	10,3%
SALUTE	15,63	8,2%
TOTALE	191,51	100,0%

servizi sociali territoriali e alle politiche per gli anziani e alle persone con disabilità.

Ad oggi la platea dei non autosufficienti, ovvero di anziani con disabilità fisiche o mentali si attesta a circa 2,8 milioni, mentre gli anziani oltre i 75 anni che vivono soli sono circa 2,6 milioni, circa il 38% della popolazione (21). L'obiettivo è migliorare i sistemi di protezione e inclusione a favore di persone in estrema emarginazione.

Gli obiettivi principali della Componente 2 di tale missione "*Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore*", sono:

1) rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità;

2) migliorare il sistema di protezione e le azioni di inclusione a favore di persone in condizioni di estrema emarginazione (es. persone senza dimora) e di deprivazione abitativa attraverso una più ampia offerta di strutture e servizi anche temporanei.

Questa Componente si articola, a sua volta, in tre Sotto-componenti:

1) Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale;

2) Rigenerazione urbana e *housing* sociale;

3) Sport e inclusione sociale.

La Sotto-componente "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" si articola in tre Investimenti e due Riforme:

- Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
- Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità;
- Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta;
- Riforma 1.1 - Legge quadro per le disabilità;
- Riforma 1.2 - Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

Nello specifico:

- l'Investimento 1.1 - *Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti* - è rivolto a finanziare quattro linee di attività: *(i)* interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità; *(ii)* interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti; *(iii)* interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale; *(iv)* interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali;
- l'Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità - è finalizzato ad allargare all'intero territorio nazionale le progettualità per la "vita indipendente" e per il "dopo di noi" sperimentate negli anni, con attenzione sia agli aspetti legati alla progettazione individualizzata, che agli aspetti legati alla residenzialità e a quelli legati all'autonomizzazione attraverso il lavoro;
- l'Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta - è finalizzato a rafforzare i sistemi territoriali di presa in carico delle persone senza dimora o in povertà estrema attraverso due distinte linee di attività, volte, la prima, a promuovere forme di residenzialità basata sui modelli dell'*housing first* (prima la casa) e, la seconda, alla realizzazione di centri servizi per il contrasto alla povertà diffusi nel territorio.

Per quanto riguarda la Legge quadro per la disabilità, essa introduce dei processi più efficienti di erogazione di interventi e servizi e ha come finalità:

- il rafforzamento/qualificazione dell'offerta dei servizi sociali da parte degli ambiti territoriali;
- la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociali;
- la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità;
- la promozione dei progetti di vita indipendente;
- la promozione delle unità di valutazione multidimensionale sui territori, in grado di definire progetti individuali e personalizzati anche attraverso l'implementazione territoriale dei Punti Unici di Accesso per le persone con Disabilità (PUA) quali strumenti per la valutazione multidimensionale.

La Riforma per la non autosufficienza, riforma a cavallo tra la missione 5 e 6, mira ad introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti. 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 finanzi i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della de-istituzionalizzazione.

In Italia è aumentata l'età media degli anziani che entrano nelle RSA: si è passati dagli 84,7 anni del 2013 agli 85,9 del 2019. Ed è cresciuto anche il numero degli ospiti che ha bisogno di assistenza per alimentarsi: dal 28,15% del 2016 al 34,07% nel 2019. Ad oggi risultano ricoverati in strutture RSA circa 275.473 mila anziani, 233 mila dei quali non autosufficienti (22).

In particolare uno degli interventi rivolto agli anziani non autosufficienti è proprio finalizzato alla riconversione delle RSA in gruppi di appartamenti, oppure realizzare reti di sostegno per mantenere a casa gli anziani (307,5 milioni).

Questo finanziamento ha l'obiettivo di aumentare nel territorio gli appartamenti autonomi e attrezzati per anziani con disabilità e non autosufficienti. L'obiettivo è farli anche prendere in carico dai servizi sociali, in modo da essere seguiti e aiutati nei bisogni quotidiani.

I posti letto nelle strutture residenziali ogni 100 anziani over 65 sono 1,9 in Italia (5,4 in Germania, 5 in Francia, 4,6 in Austria e 4,4 nel Regno Unito).

Gli ambiti territoriali potranno anche proporre progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni.

Obiettivo primario per il Paese è il rafforzamento della capacità di risposta a shock economici e sociali in modo sostenibile e inclusivo, prevedendo investimenti strutturali per favorire un accesso più equo all'istruzione, alla salute, all'alimentazione e agli alloggi per le persone in stato di vulnerabilità.

Così come si legge nel "*Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*", documento di programmazione degli interventi sociali multidimensionali, approvato dalla "Rete della protezione e dell'inclusione sociale" il 28 luglio 2021, il sistema dei servizi sociali rappresenta uno strumento fondamentale di resilienza delle comunità, avendo carattere di prossimità alle persone e ai territori e svolgendo un ruolo chiave nella promozione della coesione e nella costruzione sociale della sicurezza (23).

Attorno al sistema dei servizi sociali, che deve rispondere in modo integrato alla pluralità dei bisogni dei beneficiari, in particolar modo quelli più fragili, deve essere costruita una strategia condivisa, che coinvolga direttamente beneficiari, famiglie, istituzioni pubbliche e private, terzo settore e sistema economico-produttivo, promuovendo i principi di cittadinanza e partecipazione attiva.

Con la Legge di bilancio 2022 si mira a riorganizzazione gli Ambiti Sociali Territoriali (ATS) e i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), in modo che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono in modo ancora più semplice l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso, (PUA), che hanno la sede operativa presso le "Case della comunità".

Il personale in servizio presso i PUA assicura la funzionalità delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche con l'obiettivo di garantire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, e quindi riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

L'UVM, insieme alla persona in condizioni di non autosufficienza e alla sua famiglia o all'amministratore di sostegno, procede alla definizione del Progetto di assistenza individuale integrata (PAI), dove vengono indicati gli interventi sulla base del bisogno del singolo. Il PAI riporta anche le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona. La programmazione degli interventi e la presa in carico utilizzano anche informazioni provenienti dall'INPS.

A parer di chi scrive, un ruolo importante nell'affrontare la sfida della non autosufficienza, e quindi dell'assistenza territoriale, è certamente rappresentato da un più ampio processo di digitalizzazione non solo del sistema sanitario, ma più in generale, del processo di assistenza (socio-sanitario).

Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione socio-sanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona.

Un primo intervento in questa direzione si è avuto il D.M. Salute n. 120 del 24 maggio 2022 recante approvazione delle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", che si inserisce nel contesto degli interventi del PNRR e, in modo particolare, in quelli della Missione 6 Componente 1, finalizzati a potenziare l'assistenza domiciliare sul principio della "casa come primo luogo di cura".

Il documento si propone di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- assistere a domicilio il 10% degli ultra sessantacinquenni;
- migliorare l'efficienza organizzativa e l'omogeneità dei servizi assistenziali;
- ridurre gli accessi ai PS ed il ricorso alle ospedalizzazioni;
- ridurre gli accessi in day hospital;
- consentire la dimissione protetta dalle strutture di ricovero;
- favorire la transizione al setting domiciliare grazie alla tecnologia, alla sanità digitale ed alla interoperabilità dei sistemi.

La telemedicina avrà un ruolo chiave nello sviluppo dell'assistenza domiciliare. In base all'accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni del 4 agosto 2021, lo sviluppo di un efficiente sistema di telemedicina prevede l'interazione tra un "centro servizi" - gestore e manutentore dell'infrastruttura - ed un "centro erogatore". Il centro erogatore avrà la responsabilità dell'erogazione della prestazione mentre il centro servizi sarà responsabile unicamente dell'efficienza dell'infrastruttura informatica e tecnica. In tale contesto, la televisita, quale atto medico che prevede la diretta interazione tra paziente e professionista, sarà al centro della riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare. Inoltre, a differenza di quanto previsto dalle indicazioni nazionali in materia di telemedicina (CSR n. 215 del 17 dicembre 2020), il D.M. Salute 29 aprile 2022 (2.2.1) prevede che la televisita la possa erogare, non solo il medico specialista, ma anche il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e il medico di distretto.

Insomma potranno effettuare televisita tutti coloro che fanno parte dell'équipe domiciliare.

Qualora invece la televisita sia erogata da un medico specialista esterno all'équipe, allora si renderà necessaria una prescrizione ed una successiva refertazione.

Il tutto confluirà nella "cartella domiciliare" che dovrà interagire con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con gli altri applicativi già in uso (24).

Dunque, un sistema industriale che ha digitalizzato tutti i processi arriva in modo efficiente al prodotto finale; nella sanità il prodotto finale è la nostra vita.

C'è però da considerare che il Sistema Sanitario Nazionale è frammentato in 20 sistemi regionali, ognuno con le proprie piattaforme - quando ci sono - che non dialogano tra loro. Sarebbe necessario, allora, che fosse un sistema connesso a condividere banche dati e flussi di informazione digitale in tempo reale. Se c'è una pandemia virale, le patologie acute vanno in ospedale, le croniche vengono curate a casa.

Si potrebbe fare, ma occorrono tecnologia e organizzazione.

Come affermato in precedenza, oltre la televisita, al centro della digitalizzazione del sistema sanitario vi sono sicuramente strumenti innovativi come la telemedicina, il fascicolo sanitario elettronico integrato con un sistema di bio-sorveglianza, l'analisi predittiva, cioè la capacità di raccogliere in tempo reale dati sul territorio.

Si immagini, ad esempio, un sistema che sia in grado di raccogliere tutti i dati sul territorio e un'intelligenza artificiale che li analizzasse.

Pensiamo a quanti aeroplani, in ogni momento, stanno in cielo, con milioni di passeggeri e non si scontrano perché incrociano dati. Atterrano, decollano e il flusso non si ferma mai. È un

sistema a rete, si parla la stessa lingua e si condividono le stesse piattaforme su tutto il pianeta. In ogni momento i trasponder trasmettono dati in automatico.

È il fascicolo sanitario elettronico il nostro transponder; parla di noi. è il primo strumento per costruire un modello sanitario nazionale connesso e condiviso. In Emilia Romagna questo strumento è a regime e permette di mettere in condivisione informazioni di carattere amministrativo (prescrizioni) e di carattere clinico (referti). Man mano che il fascicolo sanitario di ogni cittadino si alimenta di diagnosi, prescrizioni, analisi e diari clinici, si scrive una storia sanitaria persona per persona. Questi dati risiedono in cloud e tutta la storia clinica è sempre disponibile nel fascicolo e accessibile da qualsiasi ospedale. Questo vale sia per gli ospedalizzati sia per coloro che ricevono assistenza domiciliare.

Insomma, occorre guardare alla digitalizzazione non acquistando pc e tablet, ma pensando ad un sistema digitalizzato che formi medici e infermieri a lavorare in un hub dove è sita anche l'intelligenza artificiale.

In questa cornice, assume notevole importanza anche l'assistenza domiciliare, su esempio dell'ASL di Foggia che è stata premiata dal Politecnico di Milano e da Forum PA come esempio virtuoso capace di coordinare oltre i medici anche infermieri specializzati attraverso il teleconsulto, la tele-refertazione, la condivisione di dati e dando impulso alla medicina sul territorio e non facendo sentire abbandonati i più fragili.

In un contesto di emergenza pandemica come quello che abbiamo vissuto, per trattenere il più possibile le persone a casa, specie se malate o, appunto, non autosufficienti, è l'ospedale ad andare nelle loro case (25).

In questo modo le persone fragili possono ricevere un'attenzione costante grazie alle tecnologie. Il Politecnico di Milano - osservatorio della digitalizzazione del sistema sanitario, ha stimato che il 30% delle visite ambulatoriali potrebbe essere fatto a distanza: una giornata di ospedalizzazione per un paziente cronico, ad esempio per un paziente molto anziano, costa dieci volte quello che costerebbe una giornata di assistenza domiciliare.

Quello di Foggia è stato un esempio virtuoso ma anche di convenienza economica, poiché lo stesso Politecnico di Milano ha quantificato il tempo perso dandogli un valore economico.

Se si effettuassero in telemedicina il 20% delle visite, solo quelli dei malati cronici, si risparmierebbero ogni anno 66 milioni di ore che invece vengono bruciate con spostamenti inutili; potremmo risparmiare anche 1,6 miliardi di euro se l'80% dei referti fossero ritirati online; 1,1 miliardi di euro se l'accesso alle informazioni sulle cure fosse immediato; 1 miliardo se si aumentassero i pagamenti online; 1,4 miliardi di euro se si potessero rendere effettive le prenotazioni online.

Dal PNRR, come visto in precedenza, arriveranno circa 19,7 miliardi di euro per la Sanità, 2 miliardi sono destinati alla digitalizzazione. Ma bisognerà formare il personale che dovrà lavorare su queste strutture digitali, bisognerà dare impulso alla telemedicina, identificare i dispositivi che sappiano dare delle diagnosi più precise e che siano poi ovviamente connessi.

Pensiamo, ad esempio, alla possibilità di dotare le famiglie di strumentazioni adatte a svolgere a distanza visite mediche ed accertamenti; o alla formazione che potrebbe essere fornita a familiari dagli stessi medici o infermieri.

In aggiunta, sempre nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria, sono svariati gli strumenti che potrebbero essere incrementati, se non creati, laddove non fossero già presenti.

Si pensi, ad esempio, alla possibilità di dotare i Comuni di vere e proprie centrali operative sociali, volto a favorire la piena fruizione da parte dei cittadini, soprattutto di anziani non autosufficienti, di tutte le prestazioni previste dalla rete dei servizi sociali e sociosanitari; un esempio potrebbe essere rappresentato dalla possibilità di sfruttare gli immobili in disuso dei Comuni e riconvertirli in Case della Salute. In questo senso, il Comune agirebbe non da spettatore, ma da soggetto attivo in grado di co-gestire l'assistenza territoriale insieme ad altri stakeholder come la regione e le associazioni del Terzo Settore.

A parer di chi scrive, i Comuni, enti istituzionalmente più vicini al territorio, contribuirebbero a ridurre una serie di barriere di natura psicologica, culturale o fisica di accesso alle prestazioni sociali, mitigando l'impatto di fattori di natura socio-economica che incidono nell'accesso ai servizi in modo inversamente proporzionale al grado di bisogno.

Questi potrebbero svolgere, ad esempio, funzioni di:

- Telefonia Sociale: attività di front office telefonico per informazione ed orientamento al cittadino nell'accesso ai servizi sociali e sociosanitari offerti dal Comune e dalla rete delle risorse attive sul territorio (si pensi al grande ruolo che potrebbero svolgere gli assistenti sociali dei Comuni);

- Pronto Intervento Sociale: fornire forme di assistenza primaria urgenti alle persone in situazione di bisogno attraverso il raccordo tra le misure di pronto intervento immediato sul posto in seguito a segnalazione e i percorsi di inclusione sociale;

- Telesoccorso: fornire un idoneo supporto per la gestione delle emergenze e degli stati di particolare necessità delle persone anziane e non autosufficienti o invalidi, in condizioni di rischio o affetti da patologie che comportino uno stato di limitata autonomia, offrendo risposte tempestive ai segnali di allarme inviati dalle apparecchiature di telesoccorso installate presso gli utenti;

- Attività di supporto alla funzione di Amministratore di sostegno e/o Tutore per soggetti sottoposti a misure di protezione o agli stessi badanti.

Sebbene la pandemia da COVID-19 abbia confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici ha reso ancor più evidenti alcuni aspetti critici, strutturali già prima della pandemia, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

In tal senso, vi sono:

- 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;

- 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.

Il PNRR interviene anche in tale ambito, in particolare ponendo al centro quello che è l'elemento territoriale.

L'investimento 1.1 "Case della salute e presa in carico della persona" pone al centro la Casa della Comunità. Questa è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Essa costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi. 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 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. 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.

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 sociosanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. 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, e potranno essere utilizzate sia strutture già esistenti sia nuove. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2 miliardi di euro. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati come autorità

responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati (Italia domani, 2021).

In quest'ottica, l'investimento 1.2 mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 percento 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'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;
- utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è stimato in 4 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi al numero crescente di pazienti; 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina. All'interno di questo investimento, assume un'importanza strategica la telemedicina.

I servizi di telemedicina, contribuiscono a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; garantiscono una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; migliorano i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. I progetti di telemedicina potranno riguardare ogni ambito clinico e potranno promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari (Italia domani, 2021).

L'investimento 1.3, "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)", 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 ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad 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.

L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico.

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. Il costo complessivo stimato dell'investimento è di 1 miliardo, e l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

Dunque, relativamente al welfare, il PNRR inverte le tendenze alla riduzione dei finanziamenti di questi ultimi anni e non solo conferma, ma incrementa le risorse e anche le prestazioni e gli interventi a favore delle famiglie e delle persone più svantaggiate (26).

In linea generale, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza stanzierà più di sette miliardi di euro per il sostegno agli anziani non autosufficienti per il periodo 2022-2026.

Il nodo cruciale è la domiciliarità e lo strumento più diffuso oggi è l'ADI, l'assistenza domiciliare integrata, ovvero prestazioni medico-infermieristiche erogate per brevi periodi, in un'ottica clinico-ospedaliera. Un servizio che, come visto in precedenza, è disomogeneo e varia da regione a regione. Ci sono poi i servizi domiciliari dei Comuni, riservati agli anziani non autosufficienti senza risorse. Qui l'ottica è prevalentemente assistenziale e "residuale": il welfare pubblico subentra quando la famiglia non ce la fa da sola.

Si individuano così i vari fattori di fragilità in relazione a questi vengono progettate le risposte, combinando diverse modalità di intervento. è il noto paradigma della *long-term-care*, l'assistenza continuativa di lungo periodo: è stato adottato dalle riforme introdotte in Francia, Germania, Spagna e Austria ed è fortemente raccomandato dalla Ue (che invece ha criticato l'ADI, tanto da non includerla nel novero delle politiche dedicate alla non autosufficienza).

Per spingere il governo ad adottare il paradigma corretto, una quarantina di associazioni attive nel settore (dalla Caritas a Cittadinanzattiva, dall'Ordine degli assistenti sociali alla Società italiana di Gerontologia) hanno siglato lo scorso luglio un Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, facendo proprio un piano dettagliato di proposte redatto da un gruppo di esperti. Una iniziativa simile a quella promossa qualche anno fa dall'Alleanza contro la povertà, riferita alla introduzione di uno schema nazionale di reddito minimo garantito.

Muovendo in controcorrente, il governo sembra ora intenzionato a concentrare i primi investimenti del PNRR proprio sull'ADI, depotenziando i servizi dei Comuni. Sarebbero due sbagli in un colpo solo: l'allineamento con il paradigma europeo richiederebbe semmai di far leva proprio sui servizi locali per cambiare il modello di intervento (27).

Se si vuole realizzare bene la riforma, il cantiere va avviato subito, sin dai primi stanziamenti. Occorrerebbe infatti superare la separazione fra Asl (ADI) e Comuni (SAD), puntando su uno sviluppo complementare di assistenza domiciliare e residenziale e riorientando tutta la filiera di servizi, in modo da poter rispondere a un insieme dei bisogni degli anziani.

Possono essere erogati anche contributi economici, diversi dall'indennità di accompagnamento (che andrebbe riformata, ma questa è altra questione che si spera sia affrontata nella prossima Legge sulla non autosufficienza), per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Gli importi erogati sono utilizzabili esclusivamente per il pagamento del lavoro di cura svolto dagli operatori, o per l'acquisto di servizi nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Il Fondo per la disabilità e non autosufficienza avrà una nuova denominazione: "*Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità*". Il Fondo servirà a dare attuazione agli interventi legislativi che riordineranno le politiche di sostegno alla disabilità. Il Fondo è incrementato di 50 milioni di euro annui a partire dal 2022 fino al 2026.

Infine, un nodo cruciale è rappresentato dalla legge di bilancio per il 2022 (L. 30 dicembre 2021, n. 234,) in cui il Governo ha ripreso la definizione dei LEPS all'art. 1, comma 159 nel campo dell'assistenza sociale; e qualificato gli ambiti territoriali sociali (ATS) quale sede necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio.

Ciò rappresenta una tappa fondamentale dello sviluppo del sistema di welfare multilivello, alla luce anche dell'attuazione del PNRR. L'intervento del legislatore, sebbene ancora parziale, sembra inoltre aver accolto il monito di recente espresso dalla Corte Costituzionale, la quale, nella sentenza 220/2021, ha messo in evidenza il ruolo strategico dei LEP nella costruzione di relazioni finanziarie fra Stato ed enti territoriali improntate alla lealtà e alla trasparenza.

Uno degli obiettivi previsti dal PNRR è quello di rafforzare il comparto degli interventi socio-assistenziali, per investire nella costruzione di uno Stato sociale basato su un'effettiva coesione territoriale e delle comunità. Ed è anche grazie al PNRR che il tema dei LEPS ha trovato di nuovo slancio ed è tornato sul tavolo del dibattito politico, perché considerato l'assetto unitario (valoriale e di prestazioni) da cui muovere per affrontare le debolezze strutturali del

modello di welfare italiano, così da poter progettare e realizzare politiche per una maggiore equità ed inclusione sociale, come previsto dal PNRR (art. 1, comma 160, L. n. 234/2021).

Particolare importanza nell'ambito della legge di bilancio assume il comma 160 secondo cui al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, in piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'art. 8, comma 3, lett. a), L. 8 novembre 2000, n. 328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'art. 23 del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147.

Con il comma 161 si è provveduto alla definizione delle linee guida per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 159 a 171 e per l'adozione di atti di programmazione integrata, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS.

Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Con il comma 167 vengono determinate le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e le modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito degli stanziamenti vigenti, inclusi quelli di cui al comma 168.

Con il comma 168, il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

Con il comma 169 vengono definiti i LEPS, negli altri ambiti del sociale diversi dalla non autosufficienza, con riferimento alle aree di intervento e ai servizi già individuati ai sensi dell'art. 22, commi 2 e 4, della L. 8 novembre 2000, n. 328. Tali LEPS integrano quelli già definiti ai sensi degli articoli 5 e 23 del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147.

Al finanziamento dei LEPS di cui ai commi 169 e 170 concorrono le risorse nazionali già destinate per le medesime finalità dal Piano di cui al comma 170 insieme alle risorse dei fondi europei e del PNRR destinate a tali scopi.

Considerazioni conclusive

È evidente che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza apre una stagione di riforme strutturali, attese da tempo, prevedendo per il settore sociale una piattaforma riformatrice di straordinaria importanza (assistenza sanitaria territoriale, politiche familiari, non autosufficienza e disabilità) ed una serie di investimenti di dimensione significativa.

Il Piano offre possibilità inedite, consistenti, rilevanti: saremo in grado di coglierle, rilanciarle, valorizzarle? Vi sono certamente questioni aperte.

Il PNRR ha lanciato alcuni spunti per le azioni di riforma strutturali. Nell'attuale quadro istituzionale costituiscono dei miglioramenti in settori dove il rischio sarebbe stato quello dell'inerzia e della frammentazione.

L'efficacia non è scontata, ma dipende da alcuni nodi cruciali. Prima di tutto, la capacità di una gestione intersettoriale dei processi (si pensi in particolare alla necessità dell'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali) e della ricomposizione delle risposte sull'assistito (si pensi alla proliferazione degli interlocutori istituzionali nella gestione dei programmi per la disabilità).

Un punto di attenzione è la necessità di un raccordo, fermo restando l'obiettivo strategico perseguito dalle riforme, tra le politiche innovative e quelle tradizionali: il rischio è che questi processi producano la proliferazione di sperimentazioni che, poi, non trovano una continuità e una messa a regime, configurandosi

come una ulteriore stratificazione dei processi esistenti.

A questo punto si collega la necessità che i nuovi interventi si traducano in "diritti soggettivi degli utenti", risposte omogenee allo stesso bisogno.

Una sfida non banale, specie quella dell'obiettivo dei livelli essenziali delle prestazioni.

Quella della necessità di assicurare continuità dei finanziamenti alle attività una volta a regime è una questione da non sottovalutare (ad esempio sarebbe necessario che la riconversione delle RSA in gruppi appartamento sia accompagnata da possibilità per il sistema sociale di finanziare il fabbisogno di spesa corrente per l'inserimento in queste strutture).

Altrettanto cruciale sarà la capacità di monitoraggio, di individuazione di indicatori per definire i target da raggiungere e per valutare l'efficacia delle azioni innovative e per attivare comportamenti locali attivi (il rischio è quello che l'aumento dei finanziamenti dal Centro possa significare una riduzione degli investimenti storici da parte degli attori locali).

Altri rischi all'orizzonte sono quelli che l'enfasi su alcuni obiettivi come quello del mantenimento al domicilio possano significare mettere in secondo piano riforme di altri ambiti, come quello della residenzialità, che mai come in questo momento necessitano di altrettanti investimenti.

Alcuni passaggi strategici, ad esempio, sono l'allocazione delle risorse tra le regioni. Sarebbe necessaria una distribuzione sulla base delle specificità delle varie aree, ovvero in base a una mappatura che individui le aree di miglioramento su cui ogni regione ha bisogno di crescere per allinearsi agli obiettivi delle riforme.

Alcuni tra i rischi e alcuni elementi di criticità che vanno tenuti in considerazione per capire come spendere le risorse del PNRR sono:

- piano molto tecnico: rischia di generare paletti e vincoli; serve reale visione trasformativa;

- ampiezza del piano in termini di settori di policy: rischio di dispersione delle risorse in mille rivoli;

- non solo Stato: quale ruolo per Regioni ed enti locali? Quale coordinamento multi-livello? Opportunità o sfida (ulteriore) per il welfare territoriale?;

- risorse davvero ingenti: bisogna sapere dove spenderle e serve capacità di rendicontazione degli impatti generati rispetto agli obiettivi da raggiungere.

Certamente il PNRR comporta tutta una serie di opportunità e di sfide che permette di riprendere alcuni dei temi trattati nell'elaborato come, ad esempio, la co-programmazione e co-progettazione e ridefinizione dell'offerta dei servizi, prestando attenzione a qualità, sostenibilità e solidarietà, o, ancora, la possibilità di intercettare nuovi bisogni e progettare nuovi servizi che possano contribuire alla una vera infrastruttura sociale.

Note

(1) https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html
(2) https://italy.representation.ec.europa.eu/strategia-e-priorita/il-piano-la-ripresa-delleuropa-italia_it
(3) PNRR Italia domani PDf - https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR. pdf
(4) http://www.dirittoeconomia.net/economia/sistema_economico/stato_sociale.htm
(5) https://www.neodemos.info/articoli/cinque-motivi-di-crisi-dello-stato-sociale-in-italia/
(6) https://www.infodata.ilsole24ore.com/2017/04/30/demografia-sara-leuropa-nel-2081-la-piramide-della-popolazione/
(7) https://www.redattoresociale.it/article/poverta_relativa_in_italia_secondo_l_ istat
(8) https://www.istat.it/it/archivio/217650
(9) https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9310033/3-16102018-BP-EN.pdf/16a1ad62-3af6-439e-ab9b-3729ed d7b7 75
(10) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_10_gennaio_2022.pdf
(11) https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1255802.pdf?_16385531 68958
(12) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia
(13) https://www.censis.it/welfare-e-salute/la-silver-economy-e-le-sue-conseguenze/la-non-autosufficienza-tra-badantato-e-nuove
(14) https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5sawI?refresh_ce=1
(15) https://www.sdabocconi.it/it/news/21/2/lassistenza-agli-anziani-durante-la-sfida-della-pandemia

(16) https://welforum.it/i-livelli-essenziali-delle-prestazioni-lep/
(17) https://www.openpolis.it/parole/che-cosa-sono-i-lep-livelli-essenziali-delle-prestazioni/
(18) https://welforum.it/il-fondo-nazionale-non-autosufficienza-tra-passato-e-futuro/
(19) https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2022/04/Proposta-SNA-Sintesi-Gori.pdf
(20) https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5sawI?refresh_ce=1
(21) https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE 5sawI
(22) https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2021/07/19/rsa-anziani-studio
(23) https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf
(24) https://ancicampania.it/assistenza-domiciliare-con-il-pnrr-la-casa-diventa-il-primo-luogo-di-cura/
(25) https://immediato.net/2021/12/21/digitale-e-flessibilita-lasl-di-foggia-riorganizza-servizi-ridurre-ospedalizzazione-con-risorse-pnrr/?cn-reloaded=1
(26) https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/il-pnrr-unopportunita-per-il-sistema-integrato-dei-servizi-alla-persona/?highlight=social%20investment%20welfare%20state
(27) https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/i-fondi-del-pnrr-e-gli-errori-da-evitare-un-aiuto-vero-agli-anziani/#:~:text=Il%20Piano%20Nazionale%20di%20Ripresa,per%20il%20periodo%202022%2D2026.&text=Si%20tratta%20degli%20anziani%20non,e%20hanno%20bisogno%20di%20 assistenza.

Bibliografia

Banca d'Italia (2021): *Relazione annuale sul 2020*, https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/relazione-annuale/2020/sintesi/index.ht ml

Beltrametti L. et al. (2000): *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL*, https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/relazione-annuale/2020/sintesi/index. html.

Branchero A. (2020): *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della L. 17 luglio 2020, n. 77*, http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2020/08/4_I-livelli-essenziali-delle-prestazioni-sociali-sono-diventati-realta_Banchero-2b.pdf.

Ferrera M. (a cura di) (2012): *Le politiche sociali*, Il Mulino, pag. 17.

FP CGIL (2019): *Il Sistema Sanitario Nazionale dalle sue origini ad oggi, ABCdiritti*, https://www.abcdeidiritti.it/website/wpcontent/uploads/2019/06/IL-SISTEMA-SANITARIO-ITALIANO-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf.

Giannini G. (2016): *1967-2016: in 50 anni come è cambiata la salute degli italiani secondo il CENSIS*: https://it.blastingnews.com/salute/2016/11/1967-2016-in-50-anni-come-e-cambiata-la-salute-degli-italiani-secondo-il-censis-001285687.html

Italia domani (2021): Il PNRR in sintesi, https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf.

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, pagg. 12-25.

OCSE (2019): Italia: *Profilo della Sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE*, OECD Publishing, Parigi/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Bruxelles. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_italy.pdf.

Razetti F., Maino F. (2019): "Attori e risorse, tra primo e secondo welfare", in Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Nuove alleanze per un Welfare che cambia*. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia, Torino, Giappichelli.

Sitografia

https://welforum.it/il-punto/laumento-delle-diseguaglianze-in-tempo-di-pandemia/piu-poveri-e-tanto-piu-disuguali/

https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto

http://osservatorioglobalizzazione.it/osservatorio/il-coronavirus-e-il-crollo-dellordinatore-occidentale/

https://en.unesco.org/news/290-million-students-out-school-due-covid-19-unesco-releases-first-global-numbers-and-mobilizes

https://www.consob.it/web/investor-education/crisi-sanitaria-economica

https://www.eulerhermes.com/it_IT/news-e-approfondimenti/corporate-news/Covid19-impatto-sulla-economia-italiana.html

https://www.consob.it/web/investor-education/crisi-in-italia

https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_it

http://www.dirittoeconomia.net/economia/sistema_economico/stato_sociale.htm
https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html
https://italy.representation.ec.europa.eu/strategia-e-priorita/il-piano-la-ripresa-delleuropa-italia_it
https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto
https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/12/08/la-spesa-sanitaria-pubblica-privata-l89-del-pil
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=95007
https://www.mef.gov.it/inevidenza/Approvata-la-NADEF-2021-lo-scenario-di-crescita-delleconomia-italiana/
https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1255802.pdf?_1638553168958
https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia
https://welforum.it/i-livelli-essenziali-delle-prestazioni-lep/
https://welforum.it/il-fondo-nazionale-non-autosufficienza-tra-passato-e-futuro/
https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5sawI
https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/il-pnrr-unopportunita-per-il-sistema-integrato-dei-servizi-alla-persona/?highlight=social%20investment%20welfare%20 state
https://www.openpolis.it/parole/che-cosa-sono-i-lep-livelli-essenziali-delle-prestazioni/
https://www.aggiornamentisociali.it/articoli/liveas-livelli-essenziali-di-assistenza-sociale/
https://sites.google.com/site/programmazionesociale/home/box-di-approfondimento/livelli-essenziali
https://online.scuola.zanichelli.it/igieneculturamedica-files/I%20Livelli%20Essenziali%20di%20Assistenza%20Sociale%20LEAS.pdf
https://welforum.it/il-decreto-rilancio-e-i-servizi-sociali-essenziali/
https://www.neodemos.info/articoli/cinque-motivi-di-crisi-dello-stato-sociale-in-italia/
https://www.redattoresociale.it/article/poverta_relativa_in_italia_secondo_l_istat
https://www.istat.it/it/archivio/217650
https://www.censis.it/welfare-e-salute/la-silver-economy-e-le-sue-conseguenze/la-non-autosufficienza-tra-badantato-e-nuove
https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5sawI?refresh_ce=1
https://www.sdabocconi.it/it/news/21/2/lasistenza-agli-anziani-durante-la-sfida-della-pandemia
https://www.openpolis.it/parole/che-cosa-sono-i-lep-livelli-essenziali-delle-prestazioni/
https://welforum.it/il-fondo-nazionale-non-autosufficienza-tra-passato-e-futuro/
https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5sawI?refresh_ce=1
https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5 sawI
https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf
https://immediato.net/2021/12/21/digitale-e-flessibilita-lasl-di-foggia-riorganizza-servizi-ridurre-ospedalizzazione-con-risorse-pnrr/?cnreloaded =1
https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/05/24/22A03098/sg
https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/12/31/310/so/49/sg/pdf

La nuova Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) nella Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO): un'opportunità per confermare principi di solidarietà, presa in carico e reinserimento sociale

JOSEPH POLIMENI
Direttore Generale, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

MICHELE CHITTARO
Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

CARLO FRANCESCUTTI
Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

FULVIO TESOLIN
Direttore Dipartimento Salute Mentale - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Riassunto: L'obiettivo del lavoro è quello di illustrare il percorso e l'esperienza operativa messa in campo dall'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) nel realizzare e attivare la nuova Residenza per le Misure di Sicurezza (REMS) sul territorio di propria competenza. Dopo un primo inquadramento del quadro normativo nazionale e regionale, vengono descritte le finalità, le criticità operative, i punti di forza e le scelte strategiche di fondo che hanno guidato l'attivazione della nuova struttura. In particolare, oltre alla descrizione quali-quantitativa degli spazi e della struttura, gli Autori analizzano, in dettaglio, il nuovo modello di "*REMS diffusa*" che è alla base del piano strategico della Regione Friuli Venezia Giulia e danno dimostrazione di come il nuovo originale modello si inquadri in un network regionale che è finalizzato a superare le criticità di funzionamento che la recente Sentenza della Corte Costituzionale del 2 febbraio 2022, n. 22 ha palesato sull'intero territorio nazionale.

Parole chiave: REMS, Dipartimento Salute Mentale, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Budget di Salute, Pericolosità sociale

Abstract: *The aim of the study is to explain the path and the operational experience carried out by the Western Local Health Trust in the realization and launch of the new Health Residence for Persons Responsible of Crimes (HRPRC). After a first regional and national normative framework, the study describes the goals, the problems, the advantages, the strategic choices that led to activation of the new residence. Particularly, beyond the structural description of the residence, the Authors explain in detail the new organizational model on which the Regional Plan is based. They also give evidence about all critical items emanate on the subject by the recent sentence of Italian Constitutional Court on the date 2 February 2022.*

Keywords: *HRPRC, Mental Health Department, Health Judicial Hospital, Health Budget, Social Dangerousness*

1. Introduzione

Secondo il Codice Penale, nel caso di "*incapacità di intendere e di volere*", definita attraverso specifica perizia, il Giudice stabilisce che la persona non è imputabile e la proscioglie: non si riconosce cioè alla stessa una responsabilità personale ma è la malattia che ha condizionato e sovradeterminato il gesto reato. La persona prosciolta non viene processata e, se riconosciuta "*socialmente pericolosa*", viene sottoposta alla misura di sicurezza del caso.

Con il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC) dal 1° aprile 2015 come previsto dalla Legge n. 81 del 2014 (1), le suddette misure di sicurezza dovrebbero essere realizzate in una tipologia specifica di servizio che la normativa definisce come Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS): essa rappresenta una struttura di esclusiva competenza sanitaria, poiché afferente al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) delle ASL di competenza.

Il superamento degli OPG resta un fondamentale fatto di civiltà considerata la natura e il grado di vetustà di questi vecchi edifici, nonché la condizione delle persone in esso recluse e che di fatto cessavano di essere titolari di responsabilità e diritti; le persone erano dimenticate e segregate a tempo indeterminato, subivano una sorta di «ergastolo bianco», private delle garanzie che pure nella detenzione esistono (Ass. Antigone, 2021; Latte et al., 2018; Maiorca et al., 2020).

La REMS è, invece, è stata pensata come struttura residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative, con permanenza transitoria ed eccezionale. Di fatti, l'internamento in REMS è applicabile, come dice la norma "*solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente*" (1).

2. REMS: un percorso incompiuto

Sebbene la normativa abbia disegnato un percorso di definitivo superamento degli OPG il piano di realizzazione delle REMS e del nuovo modello di risposta alle problematiche giudiziarie sopra descritte resta ancora largamente inattuato.

Emblematica è la decisione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 24 gennaio 2022 (2) che ha condannato l'Italia per avere tenuto una persona in carcere per la quale il GIP di Roma aveva disposto già nel gennaio 2019 il suo «*immediato collocamento*» per un anno in una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) non aveva però trovato posto nelle REMS (di competenza del Ministero della Salute) per il giovane malato. Eppure, sottolinea la Corte di Strasburgo, la persona in oggetto «*non ha beneficiato di alcuna strategia terapeutica globale per la gestione della sua patologia, e questo, in un contesto caratterizzato da cattive condizioni carcerarie*». L'uomo ha passato due anni al carcere di Rebibbia a Roma e ora, il nostro paese dovrà risarcirlo per i danni morali subiti.

Attualissimo e di grande interesse per rappresentare lo stato dell'arte della questione, al di là di singoli casi critici, è il quadro disegnato dalla Corte Costituzionale con una recentissima sentenza nel 2022 (3) a seguito di un giudizio di legittimità costituzionale che comprendeva alcuni articoli specifici della summenzionata Legge 81/2014 e di una ordinanza della stessa Corte Costituzionale (n. 131/2021) (4) con cui si chiedevano al governo dati e informazioni specifiche proprio sullo stato di attuazione della Legge 81/2014. Il provvedimento della Corte Costituzionale è complesso e articolato e si rimanda il lettore ad una sua analisi diretta e dettagliata. Sottolineiamo tuttavia alcuni essenziali passaggi della Sentenza della Suprema Corte che danno un quadro chiaro ed esaustivo dello stato dell'arte:

- al 31 luglio 2021 erano attive nel nostro Paese 36 REMS (tra quelle definitive e quelle provvisorie) "*per un totale di 652 posti letto disponibili, di cui 596 occupati (la differenza essendo riconducibile a momentanee esigenze legate alla pandemia, come le misure di distanziamento, ovvero alle ristrutturazioni in corso). Tenendo conto delle previste rimodulazioni dei programmi regionali avviati o realizzati, la dotazione a regime dovrebbe innalzarsi a circa 740 posti letto*";

- a fronte di questa offerta in divenire "*le rilevazioni dei dati sulle persone in attesa di essere collocate in una REMS (e dunque in "lista d'attesa") non sono omogenee: al 31 luglio 2021, 750 persone secondo il DAP, e 568 secondo la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - a quest'ultimo*

dato dovendo però sommarsi 103 persone che secondo la Conferenza non sono inseribili nell'immediato nelle REMS, trattandosi ad esempio di persone detenute in carcere ad altro titolo, irreperibili o dimoranti in uno Stato estero". Un primo dato essenziale, tuttavia, è che nonostante l'incertezza delle stime l'attuale sistema è in grado di rispondere a solo circa il 50% del fabbisogno reale;

- si prende atto che *"le singole Regioni hanno adottato scelte diversificate in ordine alla struttura organizzativa delle REMS: talvolta - come nel caso della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia - adottando il modello della cosiddetta "REMS diffusa", costituito da «strutture di piccole dimensioni (2 posti letto) distribuite sul territorio regionale»; talvolta prediligendo il modello standard di residenze con 20 posti letto; talvolta strutturando REMS di dimensioni più contenute (tra 10 e 15 posti); ovvero ancora (come nel caso di Castiglione delle Stiviere in Lombardia) adottando, almeno provvisoriamente, un sistema polimodulare di ampie dimensioni, caratterizzato da più moduli con 20 posti ciascuno".*

La stessa sentenza, inoltre, quanto alle difficoltà di ordine finanziario, segnala che, secondo il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), nell'anno 2019 la spesa complessiva per l'assistenza psichiatrica era stimata pari a 65 euro per residente. A livello nazionale, la spesa ammontava in valori assoluti a 3,3 miliardi di euro, pari a circa il 2,9 per cento della spesa per il SSN - una percentuale in riduzione rispetto agli anni precedenti. A livello regionale, tra l'altro, la suddetta percentuale appare differenziata, e in ogni caso, nettamente inferiore all'impegno assunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in occasione della prima Conferenza nazionale sulla salute mentale nel gennaio 2001, di destinare almeno il 5 per cento dei fondi sanitari regionali per le attività di promozione e tutela della salute mentale.

Da ultimo, è assolutamente importante segnalare come la Corte Costituzionale prenda atto che lo stesso Ministero della Giustizia riconosca che lo spirito della Legge 81/2014 sia ancora lontano dall'essere fatto proprio in ambito giurisdizionale; infatti lo stesso: «(…) *appare tuttora in parte permeato da una cultura* (…) *eccessivamente "custodialistica" che, come tale, nutre ancora una troppo scarsa fiducia sulla reale efficacia delle misure di sicurezza non detentive*».

Il Ministero della Giustizia si sofferma, altresì, sulla "*frequente assenza di canali di comunicazione adeguati e strutturati tra Autorità Giudiziarie, Aziende sanitarie locali e Dipartimenti di salute mentale*", evidenziando che "*laddove, anche tramite protocolli d'intesa, i servizi psichiatrici si sono dimostrati efficienti nell'indicare da subito adeguate soluzioni terapeutiche alternative alle REMS, al fine di procedere alla cura e al contenimento del paziente autore di reato, inevitabilmente il principio della misura detentiva come extrema ratio ha trovato concretizzazioni più che virtuose*".

In sintesi, nel salvaguardare la legittimità dell'impianto della Legge 81/2014, la Suprema Corte evidenza la necessità di un'azione di governo incisiva e di una migliore modulazione normativa per rispondere ad una situazione che presenta criticità evidenti e allarmanti.

3. La nuova REMS dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

In questo complesso contesto, caratterizzato da molteplici attuali criticità e dove vi è ancora necessità di un'azione coordinata tra i diversi attori istituzionali e di un rinnovato dialogo stato-regioni, appare altrettanto evidente l'importanza e il ruolo che le Aziende Sanitarie e i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) assumono per garantire che i servizi programmati siano effettivamente realizzati.

Tenuto conto dell'autorevole suddetto giudizio della Corte Costituzionale, che individua tra l'altro l'esperienza unica del Friuli Venezia Giulia, ci pare di interesse mettere a fuoco lo sforzo compiuto dall'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) per la realizzazione di una REMS "diffusa" al fine di rispondere alla necessità di garantire alle persone con problematiche di salute mentale e giudiziarie una presa in carico adeguata.

La REMS "diffusa" dell'ASFO è situata presso la cittadina di Maniago, dove era già presente un fabbricato precedentemente utilizzato in ASFO come sede provvisoria della REMS. Si tratta di un immobile degli anni '50 (oggetto di vari ampliamenti e ristrutturazioni nel corso degli anni) che non presentava più i requisiti di funzionalità e flessibilità organizzativa che una struttura moderna richiede. In tale palazzina è presente da molti anni anche una struttura sanitaria residenziale del DSM. Tale struttura è costituita oggi da due corpi di fabbrica: uno, più

antico, che si sviluppa su un piano con muratura mista in sasso e laterizio e uno, più recente, che si sviluppa su due piani previsto in demolizione, poiché, appunto, è stato sostituito dalla nuova struttura della REMS.

La Regione Friuli Venezia Giulia, infatti, ha programmate tre nuove REMS, in base ai finanziamenti specifici ottenuti dal Ministero della Salute su tale linea di investimento:

- 1 REMS a Udine (Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - ASUFC) con 4 PL;
- 1 REMS a Maniago (Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - ASFO) con 4 PL;
- 1 REMS a Trieste (Azienda Sanitaria Universitaria Giulio-Isontina - ASUGI) con 2 PL.

Per quanto riguarda la nostra azienda sanitaria, la nuova struttura di Maniago, in particolare, è stata costruita prevedendo due sezioni separate e con funzioni diverse. Nel nuovo padiglione, infatti, sono presenti oltre ad una sezione REMS, dotata di 4 posti letto, per utenti in misura di sicurezza detentiva anche una sezione per Piani di Trattamento Riabilitativo Individuale (PTRI), dotata di 6 posti letto, che ospiterà utenti con misure di sicurezza meno afflittive (libertà vigilata e misure cautelari in luogo di cura).

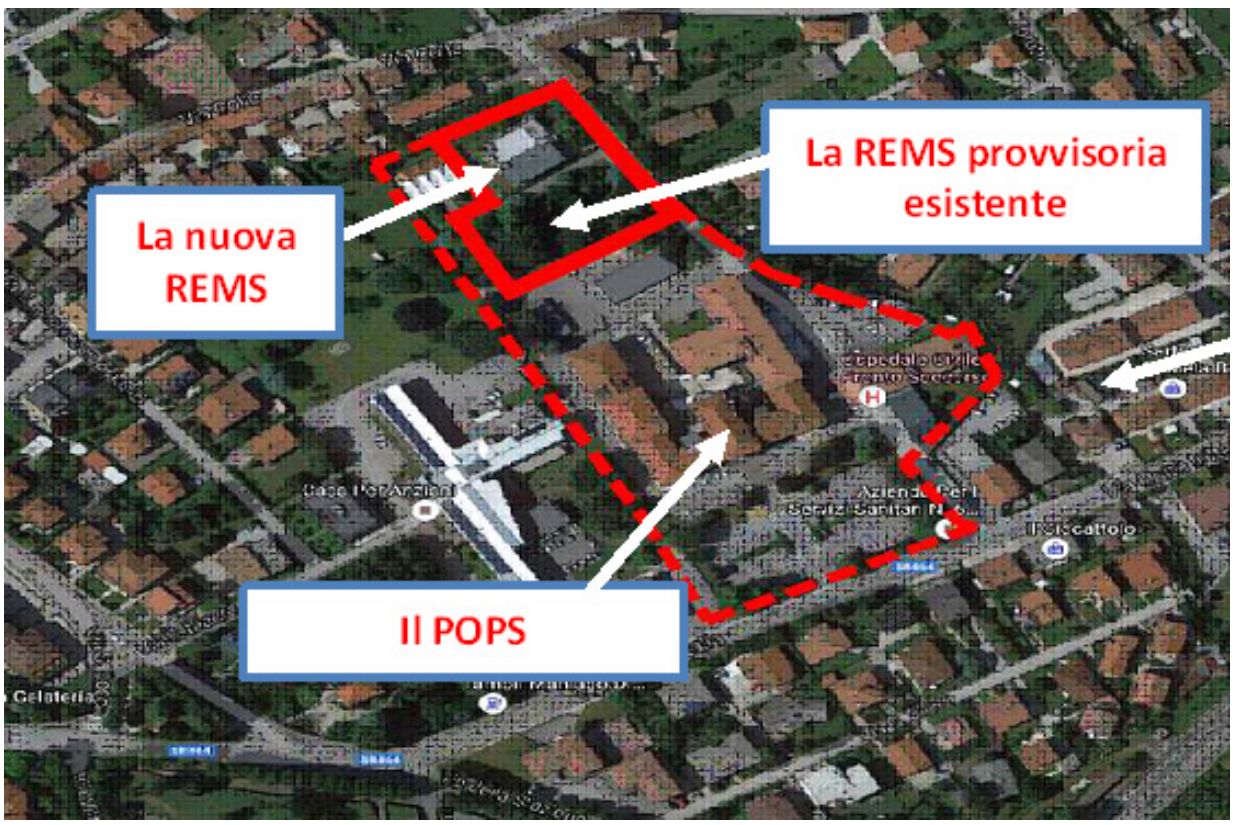
Nella fig. 1 è illustrata l'Area dell'intervento presso la cittadina di Maniago accanto all'attuale Presidio Ospedaliero per la Salute (POPS), struttura territoriale ottenuta dalla riconversione nel 2015 dal precedente ospedale per acuti.

Il nuovo investimento che è stato concluso con successo e la cui piena operatività è prevista per il prossimo mese di maggio 2022 ha visto un finanziamento complessivo paria a € 1.490.880,60 articolati come segue:

- finanziamento a carico dello Stato pari ad euro 1.416.336,57 nell'ambito del D.M. Salute 28 gennaio 2015 "*Approvazione del programma, per la regione Friuli-Venezia Giulia, per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*";
- finanziamento a carico della Regione pari ad euro €. 74.554,03 nell'ambito della DGR n. 444 del 13 marzo 2015 "*Programma per la realizzazione di strutture per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Rimodulazione. Approvazione definitiva*".

Il finanziamento complessivo è stato erogato ad ASFO con il Decreto della Direzione Centrale Salute n. 187/sps del 7 marzo 2016 "*Programma*

Fig. 1 - L'area dell'intervento in cui è stata realizzata la nuova REMS



per la realizzazione di strutture sanitarie per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: Struttura residenziale DSM di Maniago (PN). Impegno di spesa a favore di ASS5".

La nuova struttura che è stata ultimata lo scorso dicembre può contare su una superficie di circa 700 metri quadri ed è articolata su due piani:

1) il piano terra (315 mq): che occupa 140 mq per la nuova residenza (n. 3 camere per un totale di 4 ospiti, n. 3 servizio igienici dedicati, n. 1 zona giorno/pranzo, n. 1 zona verde dedicata) e 175 mq per la nuova area PTRI (n. 3 camere per un totale di 6 ospiti, n. 3 servizi igienici dedicati, n. 1 zona giorno/pranzo, una zona verde dedicata);

2) il piano primo (365 mq): dove sono allocati fondamentalmente gli spazi relativi ai servizi a supporto delle aree residenziali (Locale colloqui; Spazi direzionali; Laboratorio attività creative; Locale per personale) (fig. 2).

4. I vantaggi di una REMS "diffusa"

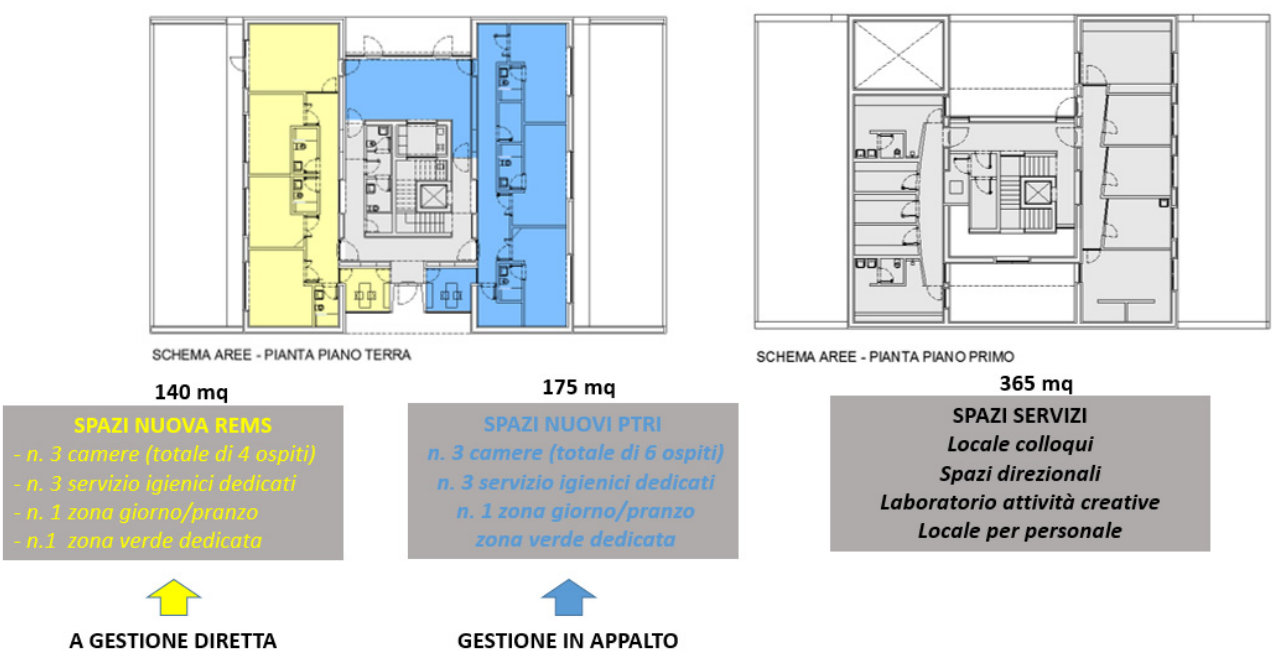
Già dalla descrizione tecnica sviluppata nel precedente paragrafo, è evidente cosa significhi un modello di REMS diffusa e come sia possibile esplicare al meglio il suo ruolo nel rispondere alla presa in carico di questa particolare tipologia di utenti in modo non segregante e custodialistico.

In forma sintetica, elenchiamo di seguito le caratteristiche qualitative essenziali della REMS diffusa di ASFO e del suo peculiare modello di gestione:

Piccola struttura per piccoli numeri - Innanzitutto, la REMS che abbiamo ultimato ha 4 posti, si configura come una piccola struttura dove garantire progettazione personalizzata e una presa in carico che contragga, per quanto possibile, la funzione di custodia per lasciare spazio all'intervento terapeutico e riabilitativo. La risposta al fabbisogno territoriale viene ottenuta con un elevato turn-over dell'utenza piuttosto che con l'espansione dei posti letto. La struttura con un contenuto numero di posti letto, segna una distanza, in modo evidente, da luoghi di custodia e reclusione e consente rapporti umani più sostenibili sia per gli utenti che per gli operatori. Va, inoltre, sottolineato che la struttura di piccole dimensioni rende anche più facile il rapporto con la comunità locale che vive la presenza di questo servizio senza che si sviluppino al suo interno allarmismi e preoccupazioni di particolare rilievo.

Personale preparato e gestito in forma diretta - Tutto il personale della REMS è dipendente dell'Azienda Sanitaria e integrato nell'équipe terapeutica e riabilitativa del Centro di Salute

Fig. 2 - Gli spazi e le funzioni presenti nella nuova REMS



Mentale. L'ASFO intende, così, dare compiutamente e significativamente un chiaro messaggio istituzionale che la REMS è parte integrante del modello di offerta territoriale evitando di creare una cesura con il resto del sistema. Questa scelta consente, inoltre, di facilitare una turnazione del personale stesso nella REMS che consenta a tutto il DSM di condividere l'esperienza e condividere il know-how per la sua gestione efficace.

Un'équipe completa - L'équipe professionale della REMS comprende tutte le figure professionali che devono garantire la necessaria multi- e inter-disciplinarietà dell'intervento: dallo psichiatra, allo psicologo, all'infermiere, all'operatore sociosanitario, all'educatore sociosanitario e all'assistente sociale. Alcune di queste figure mantengono anche incarichi negli altri servizi del DSM: anche così si evita di "separare" e "stigmatizzare" il lavoro in REMS e la REMS stessa rispetto al sistema di offerta territoriale.

Territorialità e professionalità - La REMS è rivolta all'accoglienza in modo prioritario della popolazione psichiatrica del territorio. Si tratta di una scelta di prossimità che favorisce due processi fondamentali: il mantenimento della presa in carico da parte della rete territoriale del DSM e del rapporto del paziente con i suoi luoghi di appartenenza e la sua rete di relazione che quanto prima, se possibile, tornerà ad essere riferimento fondamentale per la vita della persona.

Riduzione al minimo necessario delle funzioni di custodia, progetti riabilitativi e dimissioni in tempi contenuti - Il modello di gestione della REMS diffusa mira a consentire di sviluppare un progetto terapeutico e riabilitativo in tempi rapidi e a modulare la funzione di custodia in modo che non appaia ma come prevalente all'utente e non lo sia mai per l'équipe professionale. Lo stretto rapporto con il territorio e la rete dei servizi rende più facile la stesura del progetto personalizzato. Anche la struttura PTRI (di 6 posti letto) che è coordinata con la REMS come sopra descritto, costituisce una risorsa aggiuntiva per modulare e velocizzare il processo di uscita dalla gestione residenziale con misure di sicurezza.

Applicazione per tutti i casi della progettazione personalizzata e del budget di salute - Tutti gli utenti della REMS beneficiano degli strumenti di progettazione e degli interventi terapeutici e riabilitativi propri della popolazione psichiatrica del territorio. In particolare, per ogni utente della REMS sono strutturati progetti personalizzati gestiti attraverso gli strumenti del "budget di salute" (Fontecedro et al., 2020; Ridente et al., 2016) che la Regione Friuli Venezia Giulia ha da tempo sperimentato e che consente di concentrare il massimo della personalizzazione e della flessibilità tecnica e finanziaria nella realizzazione del progetto stesso.

5. Conclusioni

In questo studio, anche a seguito della recente Sentenza della Corte Costituzionale del 2 febbraio 2022, n. 22, abbiamo descritto alcuni essenziali nodi critici relativi alla piena realizzazione delle previsioni della Legge n. 81 del 2014 e in particolare della rete delle REMS per rispondere alle esigenze della popolazione con disagio mentale e gravi problematiche di tipo giudiziario.

La Corte Costituzionale fornisce un quadro complessivo della realtà nazionale in cui le REMS attivate coprono circa la metà del fabbisogno programmato. Il risultato sono liste d'attesa per l'ingresso e risposte istituzionali e clinico-riabilitative inadeguate e tali da esporre il nostro Paese a sanzioni internazionali come di recente accaduto in seguito al pronunciamento della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 24 gennaio 2022. Questo ritardo è ascrivibile a diverse cause tra cui non indifferente è il problema delle risorse calanti per il finanziamento dei servizi di salute mentale. Resta tuttavia anche un legittimo dubbio rispetto alla volontà di tutti gli attori coinvolti a rispondere in modo responsabile agli obblighi normativi. Di fatto, le REMS restano dei servizi complessi, impegnativi sul piano delle competenze professionali e dei costi e talvolta poco desiderabili per le comunità ospitanti.

Nella sua disamina della situazione la Corte Costituzionale descrive l'unicità di approccio della Regione Friuli Venezia Giulia che ha scelto di integrare fortemente le REMS nel sistema di offerta territoriale dei DSM così da delineare un modello di REMS "diffusa" come indicato specificamente nel testo della Corte.

Abbiamo, in sintesi, evidenziato in questo lavoro le caratteristiche peculiari della REMS

"diffusa" realizzata dall'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO); sono, infatti, descritti ed elencati i punti di forza della struttura con riferimento particolare alla capacità di ridurre al minimo necessario le funzioni di custodia, e garantire la messa a punto di progetti riabilitativi personalizzati e dimissioni degli utenti in tempi contenuti. In questo modo riteniamo che la REMS possa trasformarsi da servizi critico a risorsa per i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende sanitarie e al tempo stesso rendere più "fluido" il dialogo con l'autorità giudiziaria.

È opportuno ricordare, ancora una volta, che se la Corte Costituzionale ha "salvato" l'impianto normativo della Legge n. 81 del 2014, affermandone la legittimità, resta nondimeno la necessità di un cambio di passo nella sua concreta attuazione. Crediamo che l'esperienza di ASFO possa costituire da questo punto di vista un contributo di confronto dialettico e un'esperienza concreta utile in questo processo attuativo.

Note

(1) Legge 30 maggio 2014, n. 81 conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 31 marzo 2014, n. 52, recante Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

(2) Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 24 gennaio 2022 - Ricorso n. 11791/20 - Causa SY c. Italia.

(3) Corte Costituzionale Sentenza, 2 febbraio 2022, n. 22.

(4) Corte Costituzionale, Ordinanza, 24 giugno 2021, n. 131.

Bibliografia

Associazione Antigone (2021): *Salute mentale e REMS: a che punto siamo?*, XVII Rapporto sulle condizioni di detenzione, (https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale-e-rems-1-a-che-punto-siamo/).

Fontecedro E. et al. (2020): Individual Health Budgets in Mental Health: Results of Its Implementation in the Friuli Venezia Giulia Region, Italy, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Jul; 17(14).

Latte G. et al. (2018): Dagli OPG alle REMS: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici, *Rivista di Psichiatria*, 53(1): 31-39.

Maiorca G. et al. (2020): Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS, *Rivista di Psichiatria*, Supplemento 1, 55 (6): S15-S19.

Ridente P. et. Al (2016): From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction, *International Journal of Mental Health*, 45: 59-70.

Inappropriatezza prescrittiva: risvolti clinico-organizzativi e danno erariale, focus sulle terapie antibiotiche

CATALDO PROCACCI
Dirigente Farmacista -ASL BAT

DOMENICA ANCONA
Direttore Dipartimento Farmaceutico - ASL BAT

VINCENZA FORNELLI
Dirigente Amministrativo - ASL BAT

ANGELO CIRILLO
Collaboratore Amministrativo - ASL BAT

ALESSANDRO DELLE DONNE
Direttore Generale -ASL BAT, Professore di Diritto Sanitario - Università LUM

Riassunto: Se l'appropriatezza è realmente un valore per la sanità, bisogna ripartire mutuando dall'architettura il concetto di "*less is more*" per contrastare un'idea di salute che si allontana sempre più dal concetto di assenza di malattia e cambiare la visione della medicina e dell'assistenza sanitaria. Migliorare l'appropriatezza prescrittiva, soprattutto quando si parla di antibiotici e del loro frequente abuso, può significare anche fare leva su aspetti comportamentali che possano influenzare le scelte terapeutiche dei clinici, in particolare presso gli ambulatori e gli studi medici.

L'Italia è tra i Paesi europei con i maggiori consumi e con i tassi più elevati di resistenza e multiresistenza (resistenza di un batterio ad almeno quattro antibiotici di classi diverse). L'aumento delle resistenze, favorito dal consumo inappropriato e dall'abuso degli antibiotici, può essere contrastato efficacemente solo attraverso un approccio globale - *one health* - che promuova interventi per l'uso responsabile di questi farmaci in tutti gli ambiti.

In questo contesto bisogna ripartire con dei punti fermi che vedono: un maggiore controllo sull'erogazione degli interventi sanitari, evitando di rimborsare con il denaro pubblico gli interventi sanitari inefficaci e inappropriati, ed un maggiore consapevolezza del medico prescrittore e del paziente alfine di evitare interventi o addirittura dannosi per la sua salute.

Parole chiave: inappropriatezza prescrittiva, antibiotici, danno erariale

Abstract: *We must consider appropriateness like a real value for National Health System, we need to restart by borrowing the concept of "less is more" from architecture to move away from an idea of health that increasingly distances itself from the concept of absence of disease and changes the vision of medicine and health care.*
Improving prescriptive appropriateness, especially when it comes to antibiotics and their frequent abuse, can also mean leveraging behavioral aspects that can apply to the treatment choices of clinicians, particularly in clinics and doctors' offices.

(segue)

(segue)

Italy is one of the European countries with the highest consumption of antibiotics and the highest rates of resistance and multi-resistance (resistance of a bacterium to at least four antibiotics of different classes). The increase of antimicrobial resistance, favored by the abuse of antibiotics, can be thwarted only with a global approach - One Health- that promotes interventions for the responsible use of these drugs in all ambits. In this context, it is necessary to start again with some fixed points that they see: greater control over the provision of health interventions, avoiding reimbursing ineffective and inappropriate health interventions with public money, and greater awareness of the prescriber and the patient in order to avoid interventions or even harmful to his health.

Key words: *prescriptive inappropriateness, antibiotics, tax damage*

Introduzione

Il termine appropriatezza rappresenta un neologismo derivante dall'aggettivo "appropriato" (adatto, conveniente, adeguato, giusto). Nonostante tale concetto rappresenti uno dei pilastri cardine attorno a cui ruotano i "livelli essenziali di assistenza", non esiste una definizione univoca e condivisa di appropriatezza riguardo all'atto medico in generale.

Bisogna però considerare che essa rappresenta anche "una sorta di efficacia individuale, relativa ai bisogni e alla complessità assistenziale del singolo paziente" (ISS, 2004). Tale dimensione dell'appropriatezza, riferita al singolo paziente e, quindi personalizzata, sfugge ai livelli essenziali di assistenza.

Inoltre, accanto alla dimensione più prettamente clinica, vi è un altro aspetto dell'appropriatezza che è quello legato all'economicità nell'impiego delle risorse. La giusta allocazione delle risorse e il rispetto dei vincoli per la spesa pubblica pesano, assieme all'appropriatezza clinica, sulle scelte terapeutiche; dal modo in cui avviene la combinazione di queste due facce dell'appropriatezza che discende l'effettiva incidenza dei condizionamenti economici sui livelli essenziali di assistenza.

Per quanto attiene all'ambito prettamente farmacologico, si può ritenere una prescrizione farmacologica appropriata se effettuata in conformità con le indicazioni cliniche, la posologia e la durata della terapia per cui il farmaco è stato dimostrato essere efficace e quindi autorizzato all'immissione in commercio, se il beneficio atteso è superiore ai possibili effetti negativi/collaterali previsti, con un margine sufficiente a giustificare l'utilizzo del farmaco, se il farmaco scelto ha il costo minore, a parità di efficacia con altri farmaci analoghi.

Appropriatezza clinica, organizzativa e la loro misurazione

La necessità clinica rappresenta uno dei modi in cui l'appropriatezza è stata spesso descritta, soprattutto da parte dei soggetti finanziatori che, per primi negli Stati Uniti e in Canada, hanno provveduto a definire i criteri per il rimborso dei servizi garantiti dal finanziamento pubblico. Una definizione molto pratica è proposta, a riguardo, da Charles (1997): i servizi clinicamente necessari sono "quelli di cui un paziente ha bisogno per sottrarsi a conseguenze negative sulla propria salute".

Analogamente, il concetto di appropriatezza è stato collegato a quello di servizi necessari o critici, intesi come quelli destinati a un "paziente in determinate condizioni tali da indurre il medico a effettuare un certo trattamento, poiché il non farlo costituirebbe una scelta deleteria per la salute del paziente" (Ministero Salute, 2012).

L'appropriatezza clinica identifica, di fatto, il livello di efficacia di una prestazione o procedura per un particolare paziente ed è determinata sulla base sia delle informazioni cliniche relative alle manifestazioni patologiche del paziente sia delle conclusioni diagnostiche che orientano verso quel preciso intervento sanitario, dal quale ci si attende un beneficio per il paziente. È valutata facendo riferimento a linee guida e all'analisi di database clinici, valutando come *outcome* l'effettivo miglioramento dello stato di salute del paziente o dell'assistito.

L'appropriatezza organizzativa, invece, identifica la situazione in cui l'intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da "consumare" un'appropriata quantità di risorse (efficienza operativa). Essa prende quindi in considerazione la relazione costi-efficacia.

Partendo dalle due definizioni sopra esposte, possiamo reputare un intervento sanitario appropriato dal punto di vista organizzativo quando viene erogato utilizzando un'appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale e ai professionisti sanitari coinvolti. I criteri di appropriatezza organizzativa sono condizionati prevalentemente dalle risorse impiegate per erogare l'intervento sanitario.

Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ha l'obiettivo di ottenere gli stessi risultati in termini di efficacia e sicurezza, utilizzando meno risorse.

Partendo da queste evidenze, in letteratura emergono numerose problematiche che condizionano l'affidabilità degli indicatori di appropriatezza. Innanzitutto, pochi sono gli interventi sanitari per i quali esistono consistenti prove di efficacia, con un netto sbilanciamento a favore degli interventi terapeutici (farmaci in particolare), rispetto alle tecnologie diagnostiche. Inoltre, il profilo beneficio-rischio degli interventi sanitari è sovrastimato da vari fattori:

- le evidenze, che tendono a enfatizzare l'efficacia e sottostimare i rischi degli interventi sanitari, sia perché gli studi clinici sono condotti su popolazioni selezionate, sia per l'esistenza di specifici bias (*publication bias, outcome reporting bias*) che mettono in evidenza i risultati favorevoli e minimizzano quelli negativi;
- la percezione dei professionisti, spesso distorta da conflitti d'interesse;
- i criteri che autorizzano l'immissione mercato di tutte le tecnologie sanitarie;
- la medicalizzazione della società aumenta la domanda di prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Infine, efficacia, costo-efficacia ed efficienza degli standard organizzativi sono supportate da evidenze molto limitate e difficilmente generalizzabili. Pertanto, se è relativamente semplice identificare gli interventi sanitari futili e quelli indispensabili, l'appropriatezza delle innumerevoli tecnologie che congestionano il mercato della salute sfuma in una scala di grigi, dove non è semplice tracciare netti confini.

Fissate le definizioni di appropriatezza e le criticità ad esse connesse, esistono due metodi per misurarla e valutarla sul piano pratico:

- analisi della variabilità prescrittiva;
- analisi dell'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti.

Secondo l'OMS, l'ammontare delle prestazioni non appropriate corrisponde a circa il 20-40% della spesa sanitaria mondiale. Si arriva così a ben comprendere un paradosso della medicina che vede alcune persone ricevere cure inutili, costose e potenzialmente dannose per la salute, a fianco di altre, in genere appartenenti a classi sociali più deboli e svantaggiate, che non riescono a usufruire dei servizi essenziali.

Il background legislativo

Il tema dell'appropriatezza prescrittiva e terapeutica offre lo spunto per una considerazione del diritto amministrativo in generale e, ancor di più, per il diritto sanitario sapendo che tale tema è trasversale ai concetti di beneficio clinico e sostenibilità economica del Sistema.

A diverso livello istituzionale, si è andato a definire, già dal D.Lgs. 502/92, un patto fra Stato e Regioni, in base al quale queste assumono una sempre più diretta responsabilità finanziaria sulla sanità, e contestualmente viene loro riconosciuto non solo il ruolo normativo o programmatorio, ma anche una competenza e un potere esclusivo sulla gestione e sul finanziamento dei servizi sanitari. Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la L. n. 833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

L'esigenza di dover garantire l'acceso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie deve trovare un equilibrio tra le spese per le prestazioni sociali e il rigore dei conti pubblici, in ottemperanza all'art. 81 della Costituzione.

L'azione del giudice costituzionale nel definire il punto di equilibrio tra tutela del diritto fondamentale alla salute ed equilibrio dei bilanci pubblici si muove su un crinale incerto dovendo, da un canto, preservare l'effettività del diritto alla salute stesso, nel rispetto dell'autonomi a regionale costituzionalmente garantita

in materia sanitaria e, dall'altro, riportare la spesa per le politiche della salute ad un livello sostenibile, riducendo le inefficienze e gli sprechi.

La materia in oggetto di questa trattazione, circa le modalità di distribuzione dei farmaci, l'attività prescrittiva medica e, più in generale, l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, trova pieno riconoscimento in Costituzione. Infatti, la materia è certamente riconducibile al più generale principio di tutela della salute, come delineato all'art. 117, comma 3 della Costituzione che prevede una competenza concorrente tra Stato e Regioni. Quindi, in quest'ambito, le Regioni, nel rispetto dei principi fondamentali della legislazione statale, nonché dei vincoli del diritto eurounitario, possono emanare proprie leggi. Tuttavia, com'è noto, la tutela della salute è una voce principale di bilancio, potendo essere la più incisiva in termini di spesa ovvero anche la principale fonte di risparmio, per ogni singola Regione.

La tutela del diritto alla salute nel rispetto dell'equilibrio finanziario viene declinato dal giudice delle leggi facendo emergere una serie di principi. La Corte Costituzionale evidenzia in primo luogo che "l'equilibrio della finanza pubblica" e "il contenimento della spesa" sono principi di coordinamento della finanza pubblica: da essi pertanto discendono dei limiti all'autonomia legislativa regionale in materia sanitaria (sentenze n. 91/2012; 79/2013; 110/2014). In questo senso, il "contenimento della spesa sanitaria" e il "ripiano del debito" rappresentano un vincolo costituzionale rigido che prevale nel bilanciamento con il diritto alla tutela della salute attraverso l'erogazione di prestazioni.

Tra Servizio Sanitario, medici ospedalieri, di base e specialisti in regime di convenzionamento esterno con il SSN sulla base delle convenzioni con le ASL, previste dall'art. 48 della L. n. 833/1978, si instaura un rapporto di servizio con riguardo alle attività che si inseriscono nell'organizzazione strutturale operativa essendo parte dell'organizzazione devono rifondere i danni all'erario se il loro comportamento risulta connotato da una grave violazione delle regole, tale da connotare la colpa grave. Regole che trovarono sponda nella L. 24 dicembre 1993, n. 537, che istituì le note prescrittive delegando, all'allora Commissione Unica del Farmaco (CUF) e successivamente all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'onere di individuare i farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale e di mantenerle aggiornate.

Va, inoltre, citata la norma art. 1, comma 4, D.L. 20 giugno 1996, n. 323, convertito in L. 8 agosto 1996, n. 425, secondo cui "il medico è tenuto a rimborsare al Servizio Sanitario Nazionale il farmaco indebitamente prescritto"; nello stesso comma è previsto, a carico delle Aziende Ospedaliere e delle ASL, l'obbligo di curare l'informazione e l'aggiornamento del medico prescrittore nonché quello di svolgere i controlli obbligatori, basati su appositi registri o altri idonei strumenti necessari ad assicurare che la prescrizione dei medicinali rimborsabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale sia conforme alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e che gli appositi moduli del SSN non siano utilizzabili per medicinali non ammessi a rimborso.

Seppure il danno da "inappropriatezza" trovi nel contratto il proprio percorso legale, di fatto la giurisprudenza è, tranne rare eccezioni di merito, costituita dalle pronunce delle Corte dei Conti che hanno delineato tre poste di danno:

a) danno da iperprescrizione in senso lato, derivante da una condotta prescrittiva caratterizzata da un'elevata percentuale di scostamento rispetto al criterio della "media dei medici della medesima ASL";

b) danno da iperprescrizione in senso stretto considerata per tale quella relativa a prescrizioni sul singolo paziente;

c) danno da disservizio, consistente nelle spese aggiuntive sostenute dall'azienda per eseguire i controlli analitici delle prescrizioni).

In virtù del sopra esposto principio il danno deve essere reale e percepibile e, soprattutto, la prescrizione deve essere palesemente inutile o errata.

La giustizia contabile hanno chiesto il ristoro del danno arrecato dai medici convenzionati con il SSN a seguito della redazione di prescrizioni, diagnostiche o terapeutiche sbagliate, inusuali, incongrue o incomplete, di prescrizioni in quantità eccessive o, comunque, per finalità non terapeutiche; in dosi maggiori del consentito; con modalità di somministrazioni diverse dal lecito oppure per aver commesso fatti penalmente illeciti come il comparaggio

come le prescrizione a deceduti per trarne diretto profitto e/o agevolare il trasferimento all'estero di farmaci.

In altri casi, sono stati puniti il sovradosaggio farmaci per prescrizioni oltre la quantità massima prescrivibile in un determinato tempo; prescrizioni contemporanee ed in associazione di farmaci nella medesima classe terapeutica senza una precisa giustificazione clinica.

Al di fuori da questi casi, il medico si è salvato dimostrando, attraverso una documentazione clinica dettagliata, la ragione terapeutica che rendevano la specifica erogazione appropriata per quel paziente. Secondo la giurisprudenza prevalente, non ogni condotta diversa da quella doverosa implica colpa grave, ma solo quella che sia caratterizzata da particolare negligenza, imprudenza od imperizia e che sia posta in essere senza l'osservanza, nel caso concreto, di un livello minimo di diligenza che dipende dal tipo di attività concretamente richiesto all'agente e dalla sua particolare preparazione professionale, in quel settore della P.A. al quale è preposto (sezione di appello per la Sicilia, sentenza n. 61 del 2 marzo 2015, Sez. Liguria, n. 367 del 2005).

Quando le conclusioni del medico coincidono con le esigenze sanitarie, si realizza l'appropriatezza sia all'interno della relazione medico-paziente che della logica costo-beneficio sostenibile.

Ripercussioni dell'inappropriatezza dei trattamenti farmacologici

Il concetto di appropriatezza, in generale, come già precedentemente illustrato, esprime «la misura dell'adeguatezza delle azioni intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri di efficacia ed efficienza che coniugano l'aspetto sanitario a quello economico» (Ministero Salute, 2011). Si tratta quindi di un concetto dinamico, in quanto soggetto a continui adattamenti in funzione dell'evoluzione della domanda di salute degli utenti del SSN e a fronte della variabile disponibilità di risorse da destinare alla spesa sanitaria; non si può prescindere dal considerare l'ambivalenza del suddetto concetto, in cui coesistono una componente clinico-terapeutica e una economica.

L'appropriatezza è stata declinata anche in senso farmacologico, alludendo con ciò alla necessità di rispettarne i precetti anche in sede di prescrizione di medicinali da parte del medico di medicina generale o del medico specialista. Astenendosi dal tentativo di fornirne una definizione esaustiva, pare più utile inquadrare il concetto de quo attraverso i suoi elementi costitutivi; sicché ne consegue che una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata in conformità con le indicazioni cliniche, la posologia e la durata della terapia per cui il farmaco è stato dimostrato essere efficace e quindi autorizzato all'immissione in commercio, se il beneficio atteso è superiore ai possibili effetti negativi/collaterali previsti, con un margine sufficiente a giustificare l'utilizzo del farmaco, se il farmaco scelto ha il costo minore, a parità di efficacia con altri farmaci analoghi.

É quindi possibile distinguere una componente clinica o terapeutica e una economico-finanziaria: entrambe indispensabili per una completa valutazione dell'appropriatezza, di talché una può pretendere di prevalere, assorbendo l'altra.

Da un punto di vista normativo, la prescrizione medica consiste nell'autorizzazione, redatta per iscritto dal medico, affinché venga effettuata la consegna al paziente del medicinale da parte del farmacista. Tale prescrizione avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, nel rispetto della normativa vigente e tenuto conto dei criteri di economicità, appropriatezza ed efficacia dell'intervento terapeutico, da questa perseguiti.

Il sindacato sulla cosiddetta "discrezionalità tecnica" compete alla Corte dei Conti e l'onere di provare che il medico abbia "iperprescritto" ai proprio pazienti farmaci in violazione della normativa vigente è, per giurisprudenza contabile consolidata, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e quindi, della ASL o della Procura Regionale della Corte dei Conti che agisca nell'interesse di quest'ultima.

L'azione di ristoro dei danni da inappropriatezza ha natura contrattuale e può essere azionata innanzi al giudice civile anche se resta obbligatoria la denuncia alla Corte dei Conti. Una volta informata, sussiste l'obbligo della Procura Erariale, di interagire con le Amministrazioni per tutelare l'azione posta a presidio del credito

erariale, quale naturale riconoscimento, in capo al Procuratore Regionale, di tutte le azioni a tutela delle ragioni del creditore previste dalla vigente disciplina civilistica (1).

Il medico e il farmacista, ai quali viene contestato di aver erogato farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale senza giustificazione, non possono essere condannati sulla base di "medie prescrittive", ma solo per la quota di danno realmente provato ed imputabile a colpa grave. Il criterio presuntivo del "costo medio", per la sua astrattezza, appare logicamente incompatibile con il principio dell'onere della prova che grava sul pubblico ministero. La statistica può appagare lo studioso, o fornire spunti manageriali per interventi gestionali (o normativi) correttivi nel mondo sanitario, ma mai per fondare condanne della Corte dei Conti (61/2015).

Con riferimento alla prescrizione di farmaci con modalità illegittime può configurarsi la responsabilità contabile del medico per avere utilizzato il ricettario regionale in violazione del complesso di disposizioni recate dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, dal D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, nella L. 24 novembre 2003, n. 326, anche nel caso in cui le prescrizioni sottoscritte siano emesse a favore di assistiti ricoverati, ovvero in cura in casi di attività libero professionale intra moenia (Peila, 1997).

Al fine di avere un quadro completo della problematica sottesa alla corretta prescrizione di farmaci, occorre compiere una distinzione tra:

- il danno da iperprescrizione in senso ampio, che si verifica tutte le volte in cui vi è un frequente scostamento tra le scelte del medico e quelle della generalità dei colleghi, laddove l'interessato non sia in grado di dare una dimostrazione plausibile dell'eventuale particolarità delle patologie da lui trattate;
- il danno da iperprescrizione in senso stretto, che si verifica tutte le volte in cui il farmaco venga prescritto in quantità maggiori rispetto alle indicazioni presenti nelle schede ministeriali, o alle eventuali note dell'AIFA;
- il danno da disservizio, consistente nelle spese aggiuntive sostenute dall'azienda sanitaria per il ripristino dell'efficienza della struttura organizzativa.

Sussiste responsabilità contabile per i danni causati alla P.A. dal medico convenzionato con il SSN, a seguito di prescrizioni di "specialità medicinali per finalità non terapeutiche e, comunque, al di fuori delle indicazioni autorizzate".

Tra i diversi esempi presenti in giurisprudenza, configura danno erariale da parte dei medici convenzionati con il SSN:

1) la redazione di impegnative inusuali, incongrue ed incomplete, di eccessive prescrizioni agli assistiti di specialità medicinali nonché di fatturazioni multiple e gonfiate per false prestazioni ambulatoriali (Visca, 2000);

2) prescrizione di farmaci, a carico del Servizio stesso, in favore di soggetti non in possesso dei requisiti di esenzione dalla spesa per l'acquisto dei farmaci (2);

3) la prescrizione, ad opera di un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, di farmaci in dosi superiori a quelle assumibili dai pazienti in un dato periodo di tempo (c.d. iperprescrizione in senso stretto), tenuto conto delle indicazioni posologiche fornite dal produttore e approvate dalle Agenzie regolatorie di competenza (EMA e AIFA).

Considerando questa fattispecie, bisogna tener conto che vi sono criticità aggiuntive per alcune classi di farmaci, come gli antibiotici, il cui uso inappropriato, oltre a gravare sulla spesa farmaceutica, sottopone i cittadini ad un rischio nocivo: l'antibiotico-resistenza.

Sul territorio nazionale circa l'80-90% dell'utilizzo di farmaci antibiotici avviene a seguito delle prescrizioni del Medico di Medicina Generale (MMG), pertanto la medicina generale rappresenta il punto focale per il monitoraggio del consumo di questa classe di farmaci, nonché il punto su cui è importante per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Ciò è fondamentale sia per il controllo della spesa sanitaria, sia per ridurre i rischi legati alla salute pubblica. Gli antibiotici solitamente non sono indicati per il trattamento di alcune patologie, eppure vengono ampiamente prescritti: sempre nel territorio nazionale, il 41% dei soggetti con diagnosi di affezioni virali delle prime vie respiratorie (influenza, raffreddore, laringotracheite acuta) riceve una prescrizione di antibiotico, che tuttavia è del tutto inutile in presenza di virus. A questa sovra-prescrizione inappropriata si somma inoltre un impiego improprio di alcuni

tipi di antibiotici per patologie per le quali non sono prettamente indicati.

È il caso di macrolidi, chinoloni e cefalosporine erroneamente prescritti in un caso su tre per la terapia della faringite o della tonsillite acuta; o delle cefalosporine iniettive e dei chinoloni utilizzati per il trattamento della bronchite acuta in assenza di diagnosi di asma o Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

Inappropriatezza delle terapie antibiotiche

Su base nazionale, l'analisi del profilo di farmacoutilizzazione per fascia d'età e genere conferma un maggiore consumo di antibiotici nelle fasce di età estreme, con un livello più elevato nei primi quattro anni di vita (prevalenza d'uso 54,6% nei maschi e 52,0% nelle femmine) e dopo i 75 anni (prevalenza d'uso 50,7% negli uomini e 50,4% nelle donne fino ad arrivare a una prevalenza di 64,3% negli uomini e 58,1% nelle donne nella popolazione con età uguale o superiore agli 85 anni); si riscontra anche un più frequente utilizzo di antibiotici per le donne nelle fasce d'età intermedie (verosimilmente per il tratta mento di infezioni delle vie urinarie), mentre per gli uomini in quelle estreme (dove gli antibiotici trovano impiego in caso di sovrainfezioni batteriche nei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Analizzando i consumi su base regionale, il Sud risulta più incline all'utilizzo di antibiotici con valori di DDD/1000 ab. die e di spesa pro capite più elevati. In particolare Campania, Calabria e Puglia mostrano il più alto consumo (rispettivamente di 23,4, 20,6 e 20,5 DDD/1.000 ab. die) e la più alta spesa pro capite (rispettivamente 18,6 euro, 16,1 euro e 14,8 euro) (AIFA, 2020).

Nonostante la variabilità di utilizzo e prescrittiva riportata, avvisaglie di possibile inappropriatezza, per la specifica fattispecie vi sono sentenze riguardo "iperprescrittività in senso stretto" di farmaci antibiotici, intesa come casi di superamento del quantitativo del farmaco assumibile dall'assistito in un determinato periodo di tempo, come risultante dalle indicazioni fornite dalla casa farmaceutica ed approvate dal Ministero della Salute (3), configurando l'ipotesi di danno erariale subita dall'Azienda Sanitaria.

In taluni casi viene posto in essere un comportamento connotato da inescusabile negligenza, tenuto conto anche della circostanza che il danno che ne deriva è agevolmente prevedibile e prevenibile: una posizione, quest'ultima, che, come visto in questa disamina, è stata più volte ribadita dalla Corte dei Conti. Trovando la massima espressione ed il clamore mediatico nel caso di cronaca che ha visto un medico catanese prescrivere 700 fiale di antibiotico al coniuge (4).

Negli ultimi anni, medici e pediatri hanno riportato esperienze dirette di buone pratiche di applicazione di stewardship a livello locale e di auto-valutazione nella corretta prescrizione degli antibiotici.

Questo non è sufficiente in un quadro di politica sanitaria di più ampia visione, di fatti, stando a una nuova relazione della Corte dei conti europea, la lotta dell'UE contro i batteri multiresistenti, in particolare quelli che hanno sviluppato una resistenza agli antibiotici, ha registrato finora scarsi progressi. Anche se l'intervento dell'UE ha permesso di conseguire alcuni progressi, specie in campo veterinario, la Corte ritiene che pochi elementi dimostrano una riduzione dell'onere sanitario determinato dalla resistenza antimicrobica (5).

Ogni anno si registrano nell'UE circa 33 000 decessi dovuti a infezioni causate da batteri resistenti ai farmaci, il cui costo per l'economia, in termini di maggiori costi sanitari e perdite di produttività, è di 1,5 miliardi di euro. Combattere i batteri multiresistenti è complicato e richiede un approccio integrato "One Health" alla salute umana e degli animali e all'ambiente.

La Corte ha valutato la gestione, da parte della Commissione europea e delle agenzie dell'UE, delle principali attività e risorse volte a ridurre la resistenza antimicrobica. A tal fine ha esaminato il sostegno della Commissione alla risposta "One Health" degli Stati membri e il suo contributo nel promuovere un uso prudente degli antimicrobici negli animali. Ha poi considerato anche il sostegno dell'UE alla ricerca sulla resistenza antimicrobica.

Negli anni, l'antibioticoresistenza è diventato un problema sempre più pressante, soprattutto per quanto riguarda ceppi batterici la cui sensibilità a certi farmaci sembrava indiscussa. Il suo incremento è sicuramente collegato all'aumento di prescrizioni di antibiotici da

parte dei medici, ma anche all'utilizzo indiscriminato e superficiale da parte dei consumatori. L'iperprescrizione di specialità antibiotiche trova le sue radici anche nella cosiddetta "medicina difensiva", laddove vi sonoprescrizioni per patologia di natura virale (influenza, raffreddore comune, laringotracheite, faringite e tonsillite, cistite non complicata e bronchite acuta).

Vi sono stati interventi legislativi statali (6) volti ad arginare pratiche di medicina difensiva attraverso la limitazione della responsabilità del medico, interessa in questa sede soffermarsi sul fatto che la medicina difensiva sfociante nell'iperprescrizione[17], intesa come non corretta prescrizione di farmaci, costituisce una fattispecie di danno erariale diretto.

Conclusioni

Se si vuole conservare l'universalismo del nostro sistema sanitario, costituzionalmente garantito, bisogna assicurare quelle prestazioni che davvero servono a tutelare il bene salute e ciò vuol dire scegliere soltanto quelle essenziali, in base ai cambiamenti epidemiologici, scientifici e tecnologici.

I professionisti attraverso le società scientifiche hanno la responsabilità etica di porsi come elemento trainante dei cambiamenti necessari per la sostenibilità economica del sistema sanitario attraverso la riduzione degli sprechi, il miglioramento della qualità e la sicurezza per il paziente e non attraverso i tagli lineari. Coniugare risparmio, aderenza e sicurezza delle cure è cosa tutt'altro che semplice e valutare se un determinato esame clinico o intervento terapeutico, con valutazione ex ante, sia utile o meno lo è ancora meno.

In questo contesto, alle Aziende sanitarie spetta un ruolo di controllo, inteso come momento di condivisione e revisione dei processi per individuare i percorsi di miglioramento necessari per il raggiungimento dell'obiettivo comune di realizzazione della buona prestazione sanitaria. Nello specifico, per quanto riguarda i medicinali antibiotici, nel corso del tempo, da strumento di salute, sono divenuti bene di consumo innescando un pericoloso circolo che potrebbe riportare il mondo all'epoca pre-antibiotica.

Note

(1) Corte dei Conti sezione giurisdizionale Veneto n. 119 - 20 luglio 2015.
(2) Corte dei Conti, sezione giurisdizionale Liguria, sentenza n. 98/2016.
(3) Corte dei Conti, sezione giurisdizionale Umbria, sentenza n. 275/04 depositata in Segreteria il 28 giugno 2004.
(4) https://www.aspct.it/comunicazione/comunicati_stampa/default.aspx?cs=4223 (ultima visita effettuata il 08/01/2022).
(5) Relazione speciale n. 21/2019: Lotta alla resistenza antimicrobica: nonostante i progressi compiuti nel settore veterinario, permane la minaccia sanitaria per l'UE.
(6) Il c.d. Decreto Balduzzi (convertito il L. 189/2012).

Bibliografia

AIFA (2020): *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia*. Rapporto Nazionale 2019.

Charles C. et al. (1997): Medical necessity in Canadian health policy. Four meanings and… a funeral? *Milbank Q*, 75: 365-94.

ISS (2004): *Documento Introduttivo del Rapporto*.

Ministero della Salute (2012): *Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza*, predisposto dall'Ufficio III della Direzione Generale della Programmazione sanitaria.

Ministero della Salute (2011): *Quaderni*, n. 10, luglio-agosto.

Peila I. (1997): Azione di responsabilità nei confronti del medico convenzionato e giurisdizione della Corte dei Conti, *Resp. civ. prev.*, p. 402.

Visca (2000): La responsabilità del medico convenzionato con il servizio sanitario dinanzi alla Corte dei Conti, *Giust. civ.*, p. 3226.

Il post-COVID: il modello USCA e il nuovo PNRR. Si può potenziare l'assistenza territoriale?

CHIARA SALINI
Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena

FRANCESCO VENCIA
U.F. Cure Primarie Zona Amiata Val d'Orcia, USL Toscana Sud-Est

NICOLA NANTE
Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena
Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

Riassunto: A seguito del dilagare della pandemia da COVID-19, i Sistemi Sanitari mondiali hanno inizialmente trovato nell'Ospedale l'unico ambiente di cura, causando però un sovraffollamento, una carenza di posti letto e una difficoltà nella gestione dei pazienti ricoverati. Per garantire un'adeguata assistenza a tutta la popolazione, in Italia il Governo ha istituito con un decreto la creazione delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), al fine di seguire al domicilio i pazienti affetti da SARS-CoV-2, garantire terapie adeguate e rilevare precocemente situazioni critiche che avrebbero necessitato di ricovero. Le USCA si sono rese un'arma fondamentale per affrontare la pandemia e garantire cure eque a tutta la popolazione, anche mediante l'utilizzo della telemedicina e di strumentazioni sofisticate, ma portatili (EPOC, ecografi portatili). Il presente contributo vuole analizzare l'attività delle USCA dall'inizio della pandemia allo stato attuale, per valutare la possibilità di intensificare le cure domiciliari, anche nel post-COVID, curando cronicità e fragilità di una popolazione sempre più anziana e utilizzare il domicilio del paziente come primo luogo di cura, riducendo di conseguenza tutti i costi sanitari diretti ed indiretti.

Parole chiave: COVID-19, cure domiciliari, USCA, cure primarie, telemedicina

Abstract: *Following the spread of the COVID-19 pandemic, the world's Health Systems initially identified the Hospital as the only care setting, causing overcrowding, a shortage of beds and difficulty in managing hospitalized patients. To ensure adequate care for the entire population, in Italy the government established by a Decree the creation of the USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale, or Special Continuity of Care Units), in order to follow-up SARS-CoV-2 patients at home, ensure adequate treatment, and detect early critical situations that would require hospitalization. USCAs have been a key tool in addressing the pandemic and ensuring equitable care for the entire population, also using telemedicine and sophisticated but portable instrumentation (EPOC, portable ultrasound). This paper aims to analyze the activity of the USCAs from the beginning of the pandemic to the current state, to assess the possibility of intensifying home care, even in the post-COVID era, treating chronicities and frailties of an increasingly elderly population and using the patient's home as the first place of care, consequently reducing all direct and indirect health care costs.*

Key words: *COVID-19, Primary Health Care, USCA, home care, telemedicine*

L'urto di un'emergenza e prime risposte attuative: le USCA

La pandemia da SARS-CoV-2 è stata tra le crisi più gravi che la nostra società ha dovuto affrontare in questo secolo. Durante l'iniziale dilagarsi dell'infezione da SARS-CoV-2, i Sistemi Sanitari di tutto il mondo hanno dovuto applicare piani di emergenza per evitare il collasso degli ospedali e per implementare le risorse disponibili (Rose et al., 2021; Rodriguez-Arrastia, García-Martín, 2022).

In Italia con una delle prime circolari del Ministero della Salute del 29 febbraio 2020 "Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19", le Regioni hanno dovuto individuare opportune soluzioni organizzative che consentano di soddisfare il potenziale incremento della necessità di ricovero in tale ambito assistenziale. Molti ospedali si sono interamente convertiti in "COVID Hospital" e le attività ambulatoriale son ostate dirottate tutte in altre strutture. Sono inoltre state costruite tensostrutture accessorie all'ospedale per garantire assistenza al maggior numero possibile di pazienti (Bossi et al., 2021).

Dunque, così come avvenuto nella maggior parte dell'Europa, anche in Italia la prima risposta al COVID-19 è stata quasi esclusivamente volta ad ampliare la capacità ospedaliera e l'utilizzo del sistema territoriale è stato inizialmente sottovalutato.

Successivamente con il D.L. 9 marzo 2020, n. 14 (art. 8) "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" sono state previste alcune azioni fondamentali anche a livello territoriale, tra cui l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), al fine di supportare ed aiutare il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta e il Medico di Continuità Assistenziale e così garantire l'attività assistenziale ordinaria. In ottemperanza a quanto previsto nei decreti ministeriali e nelle circolari, le USCA nelle varie regioni si sono occupate della gestione domiciliare dei pazienti affetti, sospetti, sintomatici e/o in isolamento a causa di COVID-19 che non necessitavano di ricovero ospedaliero, con due obiettivi principali: rendere possibile ai pazienti COVID-19 di godere della necessaria assistenza specifica presso il domicilio e non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e le strutture di pronto soccorso (Alessandri et al,m 2021; Giuzio, 2021). In una fase successiva si è passati anche a formazioni più specifiche e all'utilizzo di strumentazioni più sofisticate e sensibili, quali utilizzo EGA o Ecografi portatili (Giuzio, 2021). La continua formazione del personale e l'utilizzo di strumentazione utilizzabile a domicilio, senza quindi ricorrere all'utilizzo dell'ospedale, e la possibilità di effettuare consulti con medici specialisti, ha garantito di evitare ospedalizzazioni inutili, mantenendo il paziente a domicilio ma con cure adeguate e correlate allo stadio di patologia in quel momento in corso (Benvenuti, Rivasi, 2021).

Nelle prime fasi della pandemia si è verificato un maggior accesso negli ospedali, soprattutto per sintomi lievi o per situazioni differibili (Bossi et al., 2021). Con l'istituzione delle USCA questo trend è successivamente andato in miglioramento grazie ad un potenziamento dell'assistenza territoriale ed alla presenza di equipe mobili che hanno garantito visite e continuità di cure a pazienti positivi a casa senza la necessità di cure ospedaliere (Caramello et al., 2020; Benvenuti, Rivasi, 2021).

Opportunità della Medicina Territoriale in tempi di pace e non

La velocità con cui è dilagata l'infezione da SARS-CoV-2 ha costretto i sistemi sanitari dei vari paesi ad adottare nuove soluzioni con una velocità mai utilizzata prima. Per garantire velocità ed efficienza, c'è stata una spinta senza precedenti sull'utilizzo di tecnologie sanitarie digitali (Wong et al., 2022) e i governi si sono trovati ad adottare strategie di sanità pubblica digitale per gestire al meglio l'assistenza sanitaria (Whitelaw et al., 2020).

Molti paesi hanno adottato strategie *digital-first*, monitoraggio remoto e piattaforme di telemedicina per consentire la fornitura di assistenza sanitaria senza interazioni fisiche (Peek et al., 2020). La percezione degli strumenti digitali per la salute è passata rapidamente dall'essere vista come "opportunità" a "necessità", e la possibilità di utilizzare sofisticata tecnologia in forma portatile ha permesso di ricorrere il più limitatamente possibile agli ospedali curando i pazienti nelle proprie abitazioni (Flodgren et al., 2015; Minniti et al. 2020), ma garantendo in

qualsiasi caso tutte le cure e diagnosi adeguate, ma riducendo le liste d'attesa ospedaliere (Peyroteo, Ferreira, 2021; Rosalia et al., 2021).

In quest'ottica si sono collocate le USCA: attraverso il monitoraggio domiciliare di persone che altrimenti non potevano essere visitate, si è resa possibile la visita medica, la valutazione strumentale (EGA, ecografi portatili) e le consulenze specialistiche. L'aiuto della telemedicina e di strumentazione come EGA ecografi portatili ha permesso di rilevare la puntuale situazione clinica del paziente senza la necessità di attivare il 118 o portare in ospedale il paziente, garantendo cure ottimali a domicilio mediante stretto monitoraggio. Tali apparecchiature sono facilmente trasportabili e estremamente maneggevoli, in quanto costituiti da una sonda ecografica che si interfaccia con un tablet, consentendo l'esecuzione a domicilio di esami toraco-polmonari, finalizzati alla valutazione del polmone.

L'utilizzo della medicina territoriale si è resa utile per effettuare un adeguato monitoraggio del paziente così da rilevare precocemente pazienti critici (Xu, Huang, 2020) e al contempo evitare accessi ospedalieri a pazienti fragili così da limitare il più possibile eventuali infezioni contratte in ospedale, evitare costi indiretti per l'effettuazione di visite (spostamenti mediante ambulanze, giornate di lavoro perse per i parenti, ecc.) (Danhieux et al., 2020). Questo ha mostrato che un'assistenza integrata del paziente può promuovere una più efficiente assistenza sanitaria e sociale attraverso la centralizzazione del paziente e la collaborazione tra più specialisti ed evitando la deframmentazione delle cure (Papi, 2018; de Batlle, Massip, 2020; de Batlle, Massip, 2021).

Il PNRR e la medicina territoriale

Focalizzandosi sulle USCA, nate come organismo *ad hoc* per l'emergenza, queste hanno dimostrato potenzialità tali da poter essere rese durature anche oltre il periodo emergenziale, inserendole stabilmente in un disegno di riorganizzazione del Sistema Sanitario. Ecco dove anche le USCA troverebbero nuova ragion d'essere, inserendosi in un rapporto organico tra Ospedale e Territorio, nei percorsi di "dimissioni protette", in una coesione con la medicina di famiglia in costante e proficuo interfaccia con i Distretti, i percorsi vaccinali e di prevenzione nonché la presa in carico complessiva del paziente cronico sul territorio.

Dal punto di vista organizzativo, quello che è emerso dalla letteratura sul tema, è che il COVID-19 richiede risposte sanitarie differenziate in relazione alle diverse tipologie di pazienti coinvolti dal virus. I pazienti asintomatici, i pazienti sintomatici precoci e non gravi e i pazienti sintomatici gravi hanno necessità assistenziali diverse che coinvolgono tutte e tre le grandi aree di intervento sanitario (prevenzione, territorio, ospedali) in un'ottica di un'assistenza integrata. Se la risposta è solo ospedaliera, come in gran parte è accaduto nella prima ondata, si mette in crisi le strutture e non si ha una adeguata presa in carico dei pazienti positivi ma che non si sono ancora aggravati. La possibilità di seguire il paziente a casa è molto utile ed efficace in quanto permette di rilevare precocemente sintomi potenzialmente critici, eseguire uno stretto monitoraggio clinico del paziente ed evitare ricoveri inutili (Sacerdote et al., 2020). In questo senso le USCA sono state utili nel monitoraggio dei sintomi (Borghi et al., 2021; Zengarini et al., 2022) e per rilevare nel concreto la situazione epidemiologica e la gravità dei sintomi in quel momento presente nella popolazione.

Per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale per fronteggiare la pandemia o altre future problematiche, questa si dovrà esplicare non soltanto nell'implementazione di un modello di assistenza territoriale adeguato, ma più in generale nel concetto di un "distretto forte", che ridisegni la rete territoriale sulla scorta di una molteplicità dei servizi in grado di garantire un sistema di cure graduali. In tale contesto, ogni Distretto ha uno ospedale di riferimento, al fine di perseguire quali obiettivi strategici (Alessandri et al., 2020):

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, anche attraverso lo sviluppo del ruolo dell'Infermiere di famiglia. Nella lotta alla pandemia da COVID-19, si è sempre più connotata per modalità di intervento di prossimità alla comunità al fine per poter governare in continuità ed integrazione intra ed interprofessionale ogni aspetto di natura educativa, preventiva, curativa e riabilitativa;
- lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio dei pazienti

ancora positivi ma stabilizzati clinicamente. In particolare le strutture di Cure Intermedie, hanno permesso di assicurare ai pazienti COVID-19 le cure più appropriate ai loro bisogni evitando il sovraccarico di richieste sui reparti dedicati a Pazienti COVID in fase acuta. Nella USL Sud Est, ad esempio, sono stati previsti pertanto un numero di posti letto di cure intermedie COVID pari a 164. Tutto ciò è stato possibile attraverso una forte integrazione tra MMG, USCA, Medici Internisti;

- la definizione per ogni paziente positivo di un piano di cura personalizzato, realizzato attraverso l'integrazione dal Team multiprofessionale, con un importante sviluppo in termini di innovazione e tecnologia attraverso la Televisita, il Teleconsulto e il Telemonitoraggio.

Lezioni apprese e applicabilità

La pandemia da SARS-CoV-2 è una situazione di emergenza globale che dura da più di due anni con un'intensità imprevedibile, la quale ha reso evidente il deficit digitale della sanità italiana e le diseguaglianze nell'accesso ai LEA. Le USCA sono state pensate sia per alleggerire il carico che tra la fine di febbraio e gli inizi di marzo si è riversato sugli ospedali e si sono inserite nel complesso contesto dell'assistenza territoriale garantendo una migliore presa in carico e uno stretto monitoraggio a domicilio dei pazienti che non necessitavano di ricovero, anche mediante l'utilizzo di sofisticate strumentazioni. Non solo, ma hanno seguito pazienti in RSA-COVID, negli alberghi sanitari e nelle Cure Intermedie COVID.

Cercando di analizzare l'andamento della pandemia, l'emergenza ha evidenziato sicuramente la necessità di avviare un ripensamento delle strategie alla base dell'assistenza sanitaria territoriale. In questa riprogrammazione un ruolo di primo piano riveste il progressivo utilizzo della tecnologia digitale, che diventa una straordinaria opportunità per realizzare sistemi di assistenza a distanza. Inoltre, l'esperienza delle USCA, ha evidenziato ancora una volta come sia ora di ristrutturare la stessa, puntando alla creazione di team multiprofessionali composti da medici, infermieri e assistenti sanitari, dotati di tecnologia digitale e integrati con servizi specialistici. È ora di potenziare realmente il territorio favorendo l'integrazione fra medici di famiglia, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale e di creare sul territorio strutture alternative all'ospedale dove si possano affrontare le maggior parte delle problematiche a basso carico assistenziale che purtroppo, in assenza di alternative, continuano ad intasare le liste d'attesa o i pronto soccorso (Garattini et al., 2021). Inoltre, come pensato anche nel PNRR, la telemedicina e le USCA dovrebbero essere istituite stabilmente ed impiegate come braccio armato del medico di medicina generale per fornire le più alte qualità di cure ai pazienti e aumentare l'efficienza di cure (Garattini et al., 2021).

L'USCA si è quindi rilevata una soluzione particolarmente utile ed efficiente nella gestione dei pazienti affetti da COVID-19 e nel supporto della medicina di base. La vera sfida di questo immediato futuro è curare la cronicità e la fragilità di una popolazione sempre più anziana, riducendo drasticamente gli accessi in ospedale (se non per gli acuti) ed assistendo così "il territorio sul territorio", mantenendo la centralità del domicilio come luogo per la presa in carico e la cura di situazioni non critiche e non differibili. Per il prossimo futuro ci auguriamo di consolidare l'integrazione tra i vari nodi dell'assistenza territoriale attraverso protocolli operativi condivisi, una formazione professionalizzante, mirata e uniforme degli operatori sanitari coinvolti, un maggiore investimento in infrastrutture informatiche e di salute digitale salute digitale e un sistema di valutazione dei servizi. Ma questo potrebbe rimanere solo un "libro dei sogni" se non verrà realizzata una seria Riforma e le Aziende Sanitarie non attueranno con lungimiranza percorsi seri e di modernità, sperando in un futuro senza emergenze pandemiche e lockdown ma con nuove e rinvigorite strategie sanitarie, magari con nuove Unità Speciali non più dedicate esclusivamente al COVID.

Bibliografia

Alessandri M. et al. (2020): From chronicity management to acute management: the transformation of the central of Chronicity into a COVID plant and the USCA's activity during the SARScoV-2 pandemic. *Sistema salute*, Vol. 64, 2: 222-228.

Benvenuti E., Rivasi G. (2021): *Caring for nursing home residents with COVID-19: a "hospital-at-nursing home" intermediate care intervention*. 33(10): 2917-2924.

Borghi B. et al. (2021): Early use of fondaparinux at therapeutic dosage in COVID-19 infection. *Minerva Anestesiol*, 87(8): 958-960.

Bossi E. et al. (2021): COVID-19 second wave: appropriateness of admissions to the Emergency Department of a main metropolitan hospital in Milan. *Acta Biomed*, 92(S6): e2021419.

Caramello V. et al. (2020): Clinical characteristics and management of COVID-19 patients accessing the emergency department in a hospital in Northern Italy in March and April 2020. *Epidemiol Prev*, 44(5-6 Suppl 2): 208-215.

Danhieux K. et al. (2020): The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Fam Pract*, 21(1): 255.

de Batlle J., Massip M. (2020): *Implementing Mobile Health-Enabled Integrated Care for Complex Chronic Patients: Patients and Professionals' Acceptability Study*. 8(11): e22136.

de Batlle J., Massip M. (2021): *Implementing Mobile Health-Enabled Integrated Care for Complex Chronic Patients: Intervention Effectiveness and Cost-Effectiveness Study*. 9(1): e22135.

Flodgren G. et al. (2015): Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(9): Cd002098.

Garattini L. et al. (2021): Improving primary care in Europe beyond COVID-19: from telemedicine to organizational reforms. *Intern Emerg Med*, 16(2): 255-258.

Giuzio F. et al. (2021): The monitoring model for covid-19 patients in the context of territorial medicine: The experience of the covid special unit (usco) of Potenza. *Pharmacologyonline*, 1: 214-223.

Minniti A. et al. (2020): *Taking care of systemic sclerosis patients during COVID-19 pandemic: rethink the clinical activity*. 39(7): 2063-2065.

Papi R. et al. (2018): Sperimentazione di un servizio di Radiologia Domiciliare per non deambulanti nell'Azienda USL Toscana Sud Est. *Mondo Sanitario*, 11: 1-12.

Peek N. et al. (2020): *Digital health and care in pandemic times: impact of COVID-19*. 27(1).

Peyroteo M., Ferreira I.A. (2021): *Remote Monitoring Systems for Patients With Chronic Diseases in Primary Health Care: Systematic Review*. 9(12): e28285.

Rodriguez-Arrastia M., García-Martín M. (2022): *Evolution of the Public-Health Response to COVID-19 Pandemic in Spain: A Descriptive Qualitative Study*. 19(7).

Rosalia R.A. et al. (2021): How digital transformation can help achieve value-based healthcare: Balkans as a case in point. *Lancet Reg Health Eur*, 4: 100100.

Rose K. et al. (2021): *Responses of paediatric emergency departments to the first wave of the COVID-19 pandemic in Europe: a cross-sectional survey study*. 5(1).

Sacerdote C. et al. (2020): Clinical and epidemiological characteristics associated with pneumonia at disease onset in patients admitted for COVID-19 to the Emergency Department of a large Hospital in Piedmont (North-Western Italy). *Epidemiol Prev*, 44(5-6 Suppl 2): 216-225.

Whitelaw S. et al. (2020): Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *Lancet Digit Health*, 2(8): e435-e440.

Wong B.L.H. et al. (2022): The dawn of digital public health in Europe: Implications for public health policy and practice. *Lancet Reg Health Eur*, 14: 100316.

Xu H., Huang S. (2020): *Monitoring and Management of Home-Quarantined Patients With COVID-19 Using a WeChat-Based Telemedicine System: Retrospective Cohort Study*. 22(7): e19514.

Zengarini C. et al. (2022): *Estimating the incidence of COVID-19 skin manifestations on the general population in a territorial setting*.

NORME PER GLI AUTORI

Organizzazione Sanitaria è un trimestrale accreditato presso l'ANVUR che pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

I manoscritti accettati possono andare incontro ad una revisione editoriale e, se necessario, a riduzioni della lunghezza, comunque concordate con l'Autore. L'Autore riceverà una risposta sull'accettazione o meno del manoscritto entro quattro settimane.

Ogni articolo viene valutato da almeno due Revisori indipendenti. In caso di accettazione, l'Autore riceverà le bozze di stampa in formato pdf tramite posta elettronica. Eventuali correzioni dovranno essere comunicate entro la data indicata nel modulo di accompagnamento che contiene anche l'autorizzazione alla stampa e che deve essere sottoscritta dall'Autore.

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà una copia in pdf del fascicolo nel quale compare l'articolo a sua firma.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

Il manoscritto, realizzato in word, deve pervenire tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@frgeditore.it e deve essere strutturato come segue:

1) *la prima pagina* deve contenere:
   a) titolo (in italiano e inglese)
   b) nome e cognome dell'Autore/i
   c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
   d) parole chiave (non più di 5, in italiano e inglese)
   e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; e-mail;
2) *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole (in italiano e inglese);
3) *testo*, suddiviso in:
   a) introduzione
   b) materiali e metodi
   c) risultati
   d) conclusioni
4) *ringraziamenti* (eventuali);
5) *bibliografia*, limitata alle voci essenziali.

I riferimenti devono essere identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al.".

Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2018a, 2018b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono I., Mayr M. (2018): L'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti affetti da patologie croniche in Provincia autonoma di Bolzano: il Master Plan Chronic Care, *Organizzazione Sanitaria*, XLII, 4: 13-74, FRG Editore, Roma.
- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.
- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli.

Tabelle/figure, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1).

Acronimi e riferimenti legislativi. Si utilizzino le formule più semplici. Per gli acronimi, ad esempio: SSN, PSN, ASL, AO, DRG, ROD, FSN. Per le norme, ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 29/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

ORGANIZZAZIONE SANITARIA

rivista trimestrale

Direzione, Redazione e Amministrazione
FRG Editore - Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma
Tel.: (39) 06.50912071 - Fax: (39) 06.50932756 - http://www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

Tribunale di Roma, n. 16664 del 27 gennaio 1977 (1ª registrazione)
Tribunale di Roma, n. 144 del 25 giugno 2013 (2ª registrazione)

Finito di stampare nel mese di Giugno 2022

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

LISTINO 2022

(importi comprensivi di IVA 4% come previsto dal comma 637, art. 1, L. 28 dicembre 2015, n. 208 ad eccezione dell'abbonamento cartaceo che prevede l'IVA c/Editore)

Abbonamenti Riviste	ISSN	Importo Italia/Estero	Fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XLVI – trimestrale on line)	1827-9724	160,00	35,00	20,00
MONDO SANITARIO (Vol. XXIX - mensile 11 fascicoli on line)	1970-9374	220,00	30,00	20,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO on line		300,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (cartaceo + on line)		450,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (Vol. XXXII - on line)	1970-9722	280,00		

Acquisto Libri	Formato	Prezzo di vendita
Quaderni OS/02 - Considerazioni e riflessioni su PNRR e Organizzazione Sanitaria (di M. Nonis) 2021	print	28,00
	pdf	15,00
Appunti di medicina narrativa. La pratica applicata (di U.M.S. Caraccia, M. D'Innocenzo, F. Colavita) 2021	print	18,00
	pdf	9,00
La medicina di genere (a cura di F. Colavita) 2021	print	20,00
	pdf	9,00
La presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia: nascita, evoluzione ed esiti di una riforma (di G. Belleri) 2021	print	25,00
	pdf	18,00
Quaderni OS/1 - COVID-19 - Riflessioni sulla pandemia ed esigenza di revisione del sistema sanitario (a cura di I. Mastrobuono) 2020	pdf	19,00

COME ABBONARSI O ACQUISTARE UN LIBRO:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (**IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94**) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail **info@frgeditore.it** o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere. Trattandosi di abbonamenti on line, in mancanza di pagamento anticipato, non verranno attivati i codici di accesso alle pubblicazioni.

ACCESSO ON LINE - Per gli Abbonati dotati di apposito *IP statico*, l'accesso potrà avvenire tramite identificazione e riconoscimento della rete autorizzata. In assenza di detta comunicazione, entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verranno comunicate user e password per l'accesso on line alle Riviste acquistate.

FATTURAZIONE - Per ricevere la fattura è indispensabile comunicare codice fiscale, partita iva e codice univoco contestualmente al pagamento.