



Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale
In
Governance delle organizzazioni pubbliche

**Welfare responsabile e salute di comunità: nuove
prospettive di governance per la medicina
territoriale.
Analisi del contesto regionale veneto.**

Relatore:

Prof. Michele Marzulli

Laureanda:

Laura Gentilin

Matricola 888230

Anno Accademico:

2021/2022

Indice

Premessa	p.5
----------------	-----

Capitolo I: Il welfare responsabile e la sua declinazione in ambito sanitario

1.1. L'evoluzione dei bisogni nella popolazione.....	p.7
1.1.2. La transizione demografica e l'aumento delle malattie cronicodegenerative.....	p.8
1.2. Una nuova idea di salute.....	p.14
1.3. Il concetto di welfare responsabile come risposta ai cambiamenti in atto.....	p.16
1.3.1. Brevi cenni in merito alla crisi e all'evoluzione del Welfare State.....	p.17
1.3.2. La proposta del welfare responsabile.....	p.21
1.3.3. La declinazione del welfare responsabile in ambito sanitario.....	p.23

Capitolo II: La salute di comunità; focus sulle Case della Comunità

2.1. Le Case della Comunità; cosa sono?.....	p.29
2.2. Inquadramento normativo: il passaggio dalle Case della Salute alle Case della Comunità.....	p.33
2.3. Organizzazione e funzioni delle Case della Comunità.....	p.36
2.3.1. L'organizzazione delle CdC.....	p.36
2.3.2. Le funzioni delle CdC.....	p.39
2.3.3. Il ruolo del Distretto Sociosanitario.....	p.40
2.4. Il coordinamento delle CdC con i servizi territoriali.....	p.42
2.5. L'Ospedale della Comunità.....	p.45

Capitolo III: La medicina di territorio nella Regione Veneto: analisi di contesto

3.1. L'evoluzione del Servizio Socio-Sanitario della Regione Veneto.....	p.47
3.2. Profilo demografico ed epidemiologico della popolazione veneta.....	p.58
3.3. Analisi dei modelli di assistenza in Veneto.....	p.61
3.3.1. L'assistenza ospedaliera.....	p.61
3.3.2. L'assistenza territoriale.....	p.67
3.3.3. Breve cenno in merito alla crisi della medicina generale.....	p.71
3.3.4. L'assistenza sociosanitaria.....	p.73

Capitolo IV: Approfondimento sul territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica

4.1. La struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 8.....	p.79
4.1.2. Ruolo e funzioni dell'Unità Operativa complessa Cure Primarie.....	p.82
4.2. L'integrazione sociosanitaria quale fattore chiave nell'offerta dei servizi alla persona.....	p.84

Conclusione.....	p. 89
-------------------------	--------------

Bibliografia.....	p.93
--------------------------	-------------

Appendice.....	p.101
-----------------------	--------------

Premessa

Questo elaborato propone un'analisi dell'attuale configurazione della medicina territoriale in Italia, con particolare riferimento al contesto regionale Veneto.

La pandemia da Covid-19 ha inequivocabilmente messo in evidenza le fragilità della sanità territoriale nel nostro paese, marcando al contempo la necessità di ricalibrare il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per renderlo più efficace e sostenibile. Grazie alle risorse provenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), abbiamo ora l'opportunità di ridimensionare l'attuale sistema di assistenza territoriale, andando a conferire maggior rilievo alle diverse forme di assistenza primaria e al loro fondamentale ruolo di prevenzione e di cura.

La società contemporanea è ben più complessa e frammentata rispetto a com'era negli anni in cui venne istituito il Sistema Sanitario Nazionale; l'emergere di nuove variabili demografiche, epidemiologiche e valoriali ha prodotto una ridefinizione dei bisogni della popolazione a cui il vecchio impianto del Welfare State non è più in grado di rispondere adeguatamente.

In ambito sanitario, l'aumento esponenziale di condizioni di cronicità e disabilità ha condotto necessariamente alla rivalutazione delle dinamiche del processo di cura; infatti, la tradizionale impostazione del sistema sanitario, basata essenzialmente sulla cura delle acuzie, non si concilia più con il mutato quadro epidemiologico, che esige, invece, un approccio diverso, prolungato nel tempo e supportato da servizi accessori di assistenza.

C'è, dunque, l'impellente necessità di riallineare il Sistema Sanitario Nazionale alle nuove esigenze della società. A orientare l'intero processo di riorganizzazione del sistema dev'essere l'idea di centralità della persona, intesa nella sua duplice accezione di utente-paziente e di professionista dei servizi.

Il primo capitolo dell'elaborato verte precisamente sull'esposizione di queste tematiche e, in conclusione, sull'analisi della nuova proposta di welfare, avanzata di recente da un gruppo di studiosi e ricercatori, che prende il nome di Welfare Responsabile.

Il secondo capitolo di questo elaborato, invece, segue in particolar modo la questione delle Case della Comunità, strutture sanitarie di assistenza primaria che, secondo

quanto previsto dal PNRR, dovranno essere dislocate nelle varie Regioni italiane entro il 2026. Lo scopo delle Case della Comunità, in quanto luoghi di coordinamento ed integrazione tra il Sistema Sanitario Nazionale e le diverse reti di servizi sociosanitari territoriali, sarà quello di introdurre un nuovo modello organizzativo di intervento che sia integrato e multidisciplinare.

Il capitolo fornisce un inquadramento delle Case della Comunità sia sul piano normativo, che sul piano funzionale e organizzativo.

Con il terzo capitolo si è voluto, invece, focalizzare l'attenzione sulla Regione Veneto e sull'attuale funzionamento del suo modello di sanità territoriale.

Sono state ripercorse le tappe fondamentali che hanno segnato l'evoluzione del Servizio Sociosanitario regionale del Veneto (SSSR) e sono stati esaminati i tre modelli di assistenza che lo caratterizzano: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale e l'assistenza sociosanitaria.

Infine, l'ultimo capitolo propone un approfondimento sul territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica. La trattazione di questo capitolo è stata arricchita dal contributo offerto dall'intervista alla dott.ssa Silvia Manea, Direttrice dell'Unità Operativa complessa Cure Primarie del Distretto Ovest, grazie alla quale è stato possibile comprendere il funzionamento del modello di integrazione sociosanitaria dei servizi alla persona, con specifico riferimento all'attività di assistenza primaria condotta dall'Azienda sul territorio.

CAPITOLO I

Il welfare responsabile e la sua declinazione in ambito sanitario

1.1.L'evoluzione dei bisogni nella popolazione

La società contemporanea è in continua evoluzione e con esso muta ripetutamente anche la definizione dei bisogni nella popolazione, da sempre intrinsecamente connessa al contesto storico e sociale di riferimento.

Il concetto chiave per l'interpretazione della contemporaneità postmoderna è quello di complessità: la società contemporanea, infatti, è caratterizzata da forte segmentazione e differenziazione, essendo composta da una molteplicità di parti e di attori che sono al tempo stesso indipendenti ed interdipendenti tra loro.

La globalizzazione, la diffusione dei valori post-moderni e l'ampliamento delle libertà individuali, il progresso scientifico-tecnologico e la velocità di diffusione e di propagazione degli eventi sono alcuni dei fattori che hanno prodotto la complessità dei sistemi sociali moderni. Proprio in riferimento alla società contemporanea, Baumann parlava di "*società liquida*", facendo richiamo all'immagine della fluidità per descrivere un sistema in continuo mutamento, in balia dell'incertezza e della precarietà delle relazioni, una realtà caratterizzata dalla circostanza per la quale "l'unica costante sia il cambiamento e l'unica certezza sia l'incertezza" (Bauman, 2000).

In un'epoca in cui le strutture sociali e i bisogni si fanno complessi, il costellato universo dei servizi alla persona viene messo a dura prova dall'emergere di nuove variabili demografiche, epidemiologiche e valoriali. In particolare, i valori di tipo non materiale tipici della postmodernità, strettamente legati al bisogno di affermare la propria individualità e al desiderio di autorealizzazione, «richiedono non solo nuovi servizi, ma anche un ripensamento globale del loro funzionamento e dei fondamenti stessi di natura culturale su cui i sistemi sono stati strutturati nel corso del Novecento» (Marzulli, 2015: 12).

Per rispondere adeguatamente ai cambiamenti in atto, lo spettro di attori, pubblici e privati, che operano nel mondo dei servizi deve essere in grado di riorganizzarsi e riconfigurare le proprie strutture. La sfida è innanzitutto culturale: passare da una logica burocratica, ormai anacronistica rispetto ai tempi correnti, a logiche che,

riconoscendo la pluralità del mondo contemporaneo, favoriscano un cambiamento dirompente ed innovativo.

Scendendo nel dettaglio ed andando ad analizzare l'argomento d'interesse di questo lavoro, ossia il Sistema Sanitario Nazionale, emerge in maniera evidente la sua connotazione fortemente dinamica. Invero, questo sistema, come del resto tutti i sistemi sanitari, subisce pesantemente l'influenza di fattori, quali l'evoluzione delle patologie, la dimensione tecnologica e il processo di apprendimento dei bisogni, che naturalmente producono instabilità.

Questo genera un continuo bisogno di riorganizzazione per venire incontro alle nuove esigenze della popolazione. Al fine di comprendere le modalità con cui questa riorganizzazione avvenga e di avanzare proposte affinché essa possa realmente offrire risposte opportune ai cittadini, è necessario prima di tutto indagare quali sono i principali fenomeni che stanno trasformando la società odierna.

1.1.2. La transizione demografica e l'aumento delle malattie cronico-degenerative

La principale dinamica che sta segnando il corso dei cambiamenti in atto riguarda le condizioni socio-demografiche della popolazione.

È noto come il combinato composto di allungamento della vita e drastica riduzione della natalità stia provocando un notevole invecchiamento della popolazione in Italia. Al 1° gennaio 2022 l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione che ha 65 anni e più con quella con meno di 15 anni, è pari a 187,9% (ISTAT, 2022), il che significa che ci sono 187,9 anziani ogni 100 giovani. Il processo di invecchiamento è condiviso da tutte le Regioni della penisola, investendo in particolar modo quelle centro-settentrionali.

Nell'ultimo decennio questo fenomeno ha raggiunto proporzioni considerevoli, portando l'Italia a distinguersi nel panorama internazionale per l'elevato numero di soggetti molto anziani; si pensi, infatti, che la quota di semi-super centenari, quindi di individui con 105 e più anni, ha superato il migliaio (Ministero della Salute, 2021). Le prospettive future sono sconcertanti: nel giro di una trentina d'anni, la percentuale di soggetti ultraottantenni sarà il doppio rispetto alla percentuale di bambini nella fascia d'età tra gli 0 e i 5 anni.

La transizione demografica attualmente in corso si consoliderà inequivocabilmente negli anni a venire. Questo passaggio da una tipologia demografica ad un'altra è rappresentato in modo chiaro dalla famosa piramide dell'età. Per comprendere la portata epocale di questa transizione si confrontino le piramidi dell'età dell'Italia del 1950, del 2022 e del 2050.

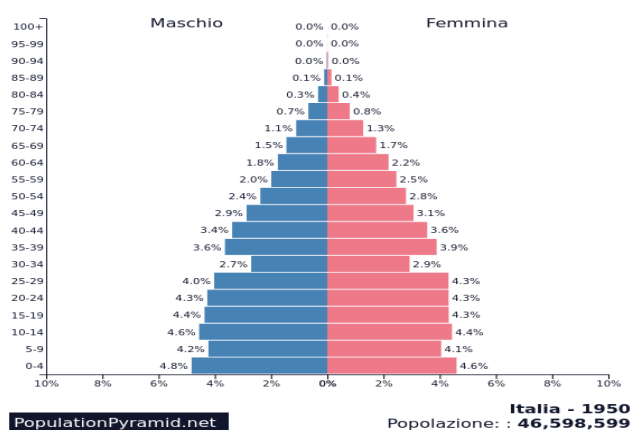


Figura 1 - Distribuzione per età e genere della popolazione residente in Italia nel 1950.
Tratto da: <https://www.populationpyramid.net/italy/1950/>

Qui la forma è chiaramente piramidale; dato l'elevato tasso di natalità dell'epoca, la base è ampia e prosegue via via restringendosi fino ad arrivare ad uno 0,1% di popolazione compresa tra gli 85 e gli 89 anni. In quel periodo l'aspettativa di vita si aggirava attorno ai 70 anni.

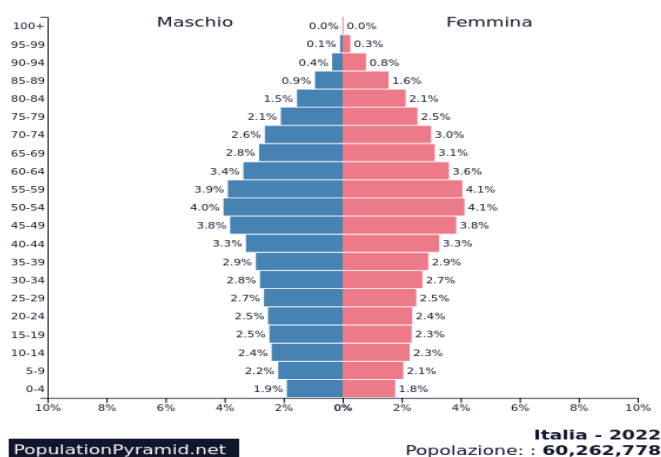


Figura 2 - Distribuzione per età e genere della popolazione residente in Italia nel 2020.
Tratto da: <https://www.populationpyramid.net/italy/2020/>

Questa è l'Italia oggi; la classica forma piramidale è scomparsa, lasciando spazio ad un profilo molto diverso. La base significativamente ristretta rispetto all'immagine precedente rappresenta pienamente la crisi della natalità che stiamo vivendo.

Secondo i più recenti dati ISTAT, nel 2021 si è registrato ancora una volta un record negativo per la natalità, con un numero di nati pari a 400.249 che determina un calo dell'1,1% sull'anno precedente (ISTAT, 2021). Nel 2020, lo scoppio della pandemia da Covid-19 aveva causato un calo di nascite ancora più cospicuo, facendo registrare un -2,5% rispetto al 2019 (ISTAT, 2020).

La dinamica demografica fortemente recessiva dell'ultimo decennio ha aggravato la fragilità demografica del nostro paese - già avviata con le profonde trasformazioni demografiche e sociali del secolo scorso - rendendola strutturale.

A determinare questa persistente bassa natalità vi è, tra gli altri, un fattore culturale: dagli anni Settanta in poi, infatti, il progresso socioeconomico ha condotto a significativi cambiamenti comportamentali, soprattutto riproduttivi, da parte degli italiani. L'aumento della scolarizzazione, in particolar modo quella femminile, ha giocato un ruolo fondamentale nell'indurre alla posticipazione delle scelte riproduttive. A questo si aggiunga l'uso sempre maggiore della contraccezione che, oltre a scardinare, quantomeno in parte, vecchi dogmi cattolici, ha permesso di ampliare le possibilità di scelta delle donne e, in generale, delle giovani famiglie italiane. Oltre a ciò, sono da considerare diversi fattori di natura sociale ed economica che, soprattutto in questi ultimi anni, sono causa del calo di natalità. In

particolare, vi è la prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine, a sua volta dovuta a molteplici fattori: il protrarsi dei tempi della formazione, le difficoltà che incontrano i giovani nell'ingresso nel mondo del lavoro, la diffusa precarietà del lavoro stesso, le difficoltà di accesso al mercato delle abitazioni e una tendenza di lungo periodo di bassa crescita economica.

Spesso, infine, la posticipazione delle scelte famigliari finisce per scontrarsi con i problemi di fertilità tipici delle età sempre più avanzate in cui si decide di avere un figlio.

Le donne residenti in Italia hanno rinviato l'esperienza riproduttiva verso età sempre più avanzate: rispetto al 1995, l'età media al parto aumenta di oltre due anni, arrivando a 32,2 nel 2020. Cresce nello stesso periodo in misura ancora più marcata (oltre tre anni) l'età media alla nascita del primo figlio, che sale a 31,4 anni (ISTAT, 2022).

A contribuire alla natalità sono soprattutto i cittadini stranieri. Secondo i dati ISTAT, al 1° gennaio 2021 la popolazione straniera residente in Italia ammonta a oltre 5 milioni di unità, il doppio rispetto a dieci anni fa. I cittadini stranieri presenti nel territorio italiano provengono da ogni parte del mondo: Est Europa (soprattutto per quanto riguarda le donne), Nord Africa, Asia e America Latina. Ciò che li accomuna tendenzialmente è un'età più giovane rispetto a quella dei soggetti di cittadinanza italiana e dei comportamenti riproduttivi diversi. Infatti, mentre la popolazione di cittadinanza italiana registra un deficit negativo di nascite rispetto ai decessi, per la popolazione straniera il saldo naturale si mantiene ampiamente positivo.

È evidente, dunque, che in un paese segnato da un processo di invecchiamento che appare ormai irreversibile, l'immigrazione potrebbe assumere, sotto il profilo demografico, un valore considerevole.

Accanto al decremento della natalità, il secondo fattore che sta determinando il consistente invecchiamento della popolazione in Italia è l'allungamento della vita.

Nonostante il progressivo incremento della sopravvivenza abbia subito una battuta d'arresto con la pandemia da Covid-19 nel 2020, ormai da qualche decennio il nostro paese si colloca tra i primi paesi al mondo per longevità.

La speranza di vita è riconosciuta a livello internazionale come uno dei principali indicatori dello stato di salute di una popolazione ed esprime il numero medio di anni di vita attesa alla nascita o a una data età. In Italia attualmente la speranza di

vita media attesa alla nascita è di 82,4 anni: 80,1 anni per gli uomini e 84,7 anni per le donne¹ (ISTAT, 2022).

Dal momento che la speranza di vita esprime un valore puramente quantitativo, spesso viene affiancata da un altro indicatore utilizzato per valutare l'aspetto qualitativo della sopravvivenza. Questo indicatore è la speranza di vita senza limitazioni che indica, considerata una certa soglia d'età, il numero medio di anni di vita da vivere in buona salute o in completa autonomia. Di norma l'analisi dei dati viene condotta considerando come soglia d'età i 65 anni, limite oltre il quale si ritiene comunemente abbia inizio l'età anziana.

Sull'allungamento della vita hanno influito diversi fattori, primo fra tutti il progresso nel campo medico-scientifico, che sta avanzando ad una velocità sempre più sostenuta. L'introduzione di vaccinazioni su larga scala, il miglioramento dell'igiene e delle condizioni di vita di gran parte della popolazione e l'accesso generalizzato a cure mediche sempre più sofisticate, sono alcuni dei principali elementi che hanno portato l'Italia ad essere uno dei paesi più longevi al mondo (Campostrini, 2021).

Oggi, grazie soprattutto a favorevoli condizioni di benessere, la maggior parte della popolazione over 65 entra nell'età anziana con un capitale di salute decisamente migliore rispetto a quello degli anziani di un tempo.

Chiaramente, lo shock pandemico ha avuto un forte impatto sulla sopravvivenza e sulla qualità della stessa. L'entità di questo cambiamento deve essere ancora calcolata con precisione; tuttavia, cominciano già ad emergere criticità inerenti all'aumento di problemi di salute dovuti ai ritardi accumulati nella prevenzione e nella cura di altre patologie e alle conseguenze del Long-Covid. Il quadro complessivo necessita, dunque, di essere costantemente monitorato.

Discostandosi dal piano puramente demografico, si può notare come la transizione che ha interessato la composizione della popolazione, abbia naturalmente prodotto una parallela transizione sul piano epidemiologico.

Nel 2019 la maggior parte dei decessi che ha riguardato la classe d'età degli over 75 è stata attribuibile a malattie cronico-degenerative (Ministero della Salute, 2021).

Questo dato è indice di un profondo cambiamento rispetto al passato. Se ai tempi

¹ Nel 2020 si era registrato un leggero calo a causa della pandemia: la speranza di vita era scesa di 1,1 anni di vita vissuti, passando da 83,2 del 2019 a 82,1. Nel 2021 c'è stata una ripresa, con un recupero pari, in media, a 4 mesi in più per gli uomini e 3 per le donne.

dell'unità d'Italia la maggioranza delle persone moriva a causa di malattie infettive o per complicanze a queste collegate, oggi ad occupare le prime tre posizioni fra le cause di mortalità vi sono esclusivamente malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori e demenze), che richiedono un approccio diverso, prolungato nel tempo e supportato da servizi accessori di assistenza dal momento che spesso comportano la perdita di autonomia da parte del malato. L'aumento esponenziale di condizioni di cronicità e disabilità ha messo profondamente in crisi il vecchio impianto su cui si è sempre retto il sistema sanitario, basato essenzialmente sulla cura delle acuzie.

Queste patologie, tuttavia, presentano un aspetto cruciale: adottando determinati stili di vita, se ne può ridurre l'incidenza. «Tabagismo, alimentazione scorretta, inattività fisica, consumo dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale, rappresentano i principali fattori di rischio modificabili» (Ministero della Salute, 2021: 37).

Per questo motivo, dunque, per affrontare correttamente la sfida rappresentata dalle malattie croniche non trasmissibili, è necessario un cambio d'azione: un approccio che non sia centrato solamente sulla cura delle acuzie, ma che operi diffusamente anche nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

Questo cambiamento di paradigma, attorno al quale oggi si stanno ridefinendo le dinamiche del processo di cura, è inderogabile visto lo scenario futuro che ci attende. Come esposto finora, la popolazione italiana sta diventando sempre più vecchia e, sebbene si sia registrato un graduale spostamento della comparsa di condizioni di salute severe verso età sempre più avanzate, le persone anziane che necessitano di cura e assistenza non accennano a diminuire, anzi.

Se si va ad osservare la piramide dell'età dell'Italia nel 2050 si può notare come, fra poco meno di una trentina d'anni, la classe d'età più consistente sarà proprio quella degli over 75. Il dato è preoccupante in quanto esprime la misura del "debito demografico" che si sta generando e che si consoliderà nei confronti delle generazioni future, anche in termini di previdenza, spesa sanitaria e spesa assistenziale.

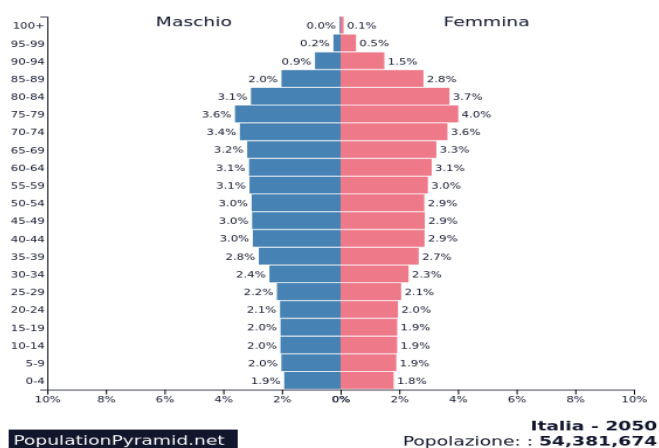


Figura 3 - Distribuzione per età e genere della popolazione residente in Italia nel 2050.

Tratto da: <https://www.populationpyramid.net/italy/2050/>

1.2. Una nuova idea di salute

Accanto agli aspetti di carattere demografico ed epidemiologico, c'è un altro elemento, di carattere culturale, che sta mutando profondamente e riguarda l'idea stessa di salute. Ha iniziato, infatti, a configurarsi un paradigma che mette in rilievo la componente dinamica della salute quale «condizione che si costruisce e si ricostruisce in fasi e momenti diversi della vita» (Marzulli, 2015: 47).

La salute non è più intesa esclusivamente come quella condizione in cui si verifichi assenza di malattia o infermità, ma assume un significato più ampio, connesso non solo alla sfera puramente fisica dell'individuo, ma anche a quella psicologica ed emotiva. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) parlava in questi termini di salute già nel 1948, definendola appunto come «uno stato totale di benessere fisico, mentale e sociale» (OMS, 1948).

Il concetto di salute è di derivazione sociale; ciò significa che viene costruito dagli individui che compongono la società a seconda del contesto culturale in cui si trovano. Per questo motivo, al variare di usi e bisogni, cambia anche la percezione stessa che si ha del benessere soggettivo delle persone. In tal senso, l'aumento delle condizioni di cronicità che si osserva oggi ha inevitabilmente condotto ad una rottura rispetto al passato: la malattia cronica, infatti, a differenza della malattia acuta e infettiva, si caratterizza proprio per essere una condizione a lento decorso, che molto spesso non può essere risolta ma che porta il soggetto malato ad adattarsi

a nuovi stili di vita. Per questo si può parlare di *long life term care*, perché la malattia passa dall'essere un episodio isolato, all' essere un convivente più o meno invalidante ma che comunque non impedisce la conduzione di una vita dignitosa.

Chiaramente, l'odierna reinterpretazione del concetto di salute conduce per forza ad un ripensamento dell'approccio alla salute stessa e quindi ad un ripensamento dei modelli sanitari.

Oggi si tende verso una visione olistica della salute, che considera la persona nella sua totalità, come un sistema integrato tra corpo, mente ed ambiente sociale. Questa prospettiva è stata avanzata per la prima volta negli anni '70 del secolo scorso, in seguito alla teorizzazione del modello "biopsicosociale" (Engel, 1977). Questo modello è in realtà un'evoluzione del precedente modello biomedico di matrice positivista, che per secoli si è affermato come l'approccio dominante nel campo della medicina.

La sostanziale differenza tra i due modelli risiede nel fatto che, mentre il modello biomedico si fonda sul paradigma causa-effetto e segue il processo organico della malattia, per cui al manifestarsi di sintomi nel paziente si cerca una causa (e di conseguenza una cura) specifica, il modello biopsicosociale «impiega sistematicamente i fattori biologici, psicologici e sociali, incluse le loro complesse interazioni, nella comprensione della salute psicofisica e nella scelta dell'intervento terapeutico» (Szadejko, 2020: 23). In sintesi, se il modello biomedico considera la persona come una sorta di "macchina biologica" composta da parti diverse, sconnesse tra loro e curabili a sé, rivelandosi «molto più attento alla malattia che al malato» (Marzulli, 2015: 48), il modello biopsicosociale, più affine al campo della psicologia, valorizza anche i fattori ambientali delle patologie e interpreta la malattia come un'alterazione dell'equilibrio dinamico tra l'individuo e l'ambiente che lo circonda.

Questi modelli si traducono a loro volta in due diversi approcci alla cura, e prima ancora, in due diverse interpretazioni del concetto stesso di cura.

Il modello biomedico si attiene ad una lettura meccanicistica della cura, intendendola come l'intervento specifico che si colloca necessariamente all'interno del binomio diagnosi-trattamento, atto a guarire il paziente.

Dall'altro canto, il modello biopsicosociale si distanzia dalla posizione positivista e da un'interpretazione del significato di cura che afferisce maggiormente al senso di

“prendersi cura”. Con questa espressione si fa riferimento al processo volto al generale miglioramento della qualità della vita delle persone, che deve essere promosso dall’ambiente medico, ma anche soprattutto da quello sociale, indipendentemente dalla presenza o meno della malattia.

Alla luce di questa nuova concezione della cura, si sta tentando di attuare un cambiamento strutturale del modello sanitario esistente. Lo scopo è quello di spostare il centro del processo di cura dall’ospedale (individuato dal modello biomedico come il perno del sistema sanitario) al territorio, andando a conferire sempre maggiore rilevanza alle potenzialità della comunità locale quale promotrice di quella che viene definita *community care*. Quest’ultima si può configurare come una moderna forma di welfare, il cui obiettivo è quello di realizzare una fitta rete di cure assistenziali che consenta ai malati e alle persone fragili di continuare a condurre la propria vita entro i confini della comunità di appartenenza.

1.3. Il concetto di welfare responsabile come risposta ai cambiamenti in atto

Come esposto precedentemente, la nostra società negli ultimi anni è stata pesantemente investita da una serie di importanti modificazioni; oltre al trend demografico decrescente e all’invecchiamento della popolazione, di cui si è detto prima, bisogna annoverare i radicali cambiamenti del mercato del lavoro, l’aumento della povertà e delle diseguaglianze sociali, l’accelerazione del processo di globalizzazione con il conseguente aumento dei flussi migratori, e, infine, la prevalenza sempre più marcata di orientamenti individualisti, che sono ormai la cifra del nostro tempo postmoderno.

La forte interdipendenza di questi fenomeni sociali rende complessa non solo la società, ma anche la possibilità di immaginare per essa soluzioni efficaci.

1.3.1 Brevi cenni in merito alla crisi e all'evoluzione del Welfare State

Ormai da decenni il tradizionale impianto del Welfare State è incapace di offrire risposte adeguate ai cambiamenti in atto. Dagli anni '70 del secolo scorso, infatti, il modello universalista di welfare², di derivazione anglosassone, è in preda ad una crisi che appare irreversibile. In seguito allo shock petrolifero del 1973 e alla conseguente recessione economica, con tutti gli effetti collaterali annessi (aumento della disoccupazione e indebitamento strutturale degli Stati, per citarne alcuni), il tradizionale Welfare State, scontratosi con enormi problemi di sostenibilità economica, ha cominciato a subire una notevole delegittimazione causata «dell'emergere di dinamiche globali e di un modello economico e sociale neoliberale, che appariva maggiormente capace di affrontare le nuove sfide della crisi» (Marzulli, 2015: 12). Nel corso del celebre "trentennio glorioso", protrattosi dalla fine della Seconda guerra mondiale fino alla metà circa degli anni '70, un contesto di crescita economica senza precedenti aveva agevolato l'espansione della spesa pubblica, comportando la configurazione di un modello di welfare che con gli anni si sarebbe però rivelato eccessivamente oneroso e per giunta manchevole rispetto al suo fondamentale presupposto di promozione dell'equità sociale. Il passaggio da un'economia in crescita ad un'economia lenta ha determinato, a partire dagli anni '90, l'avvio di una stagione di riforme improntate alla riduzione dell'interventismo statale in campo economico. L'ideologia neoliberale in quegli anni trovò piena affermazione; questa, prendendo le distanze dal liberalismo classico, che esaltava il ruolo del mercato quale unico meccanismo possibile di regolazione economica e sociale, non escludeva aprioristicamente la presenza dello Stato in economia, vedendo, anzi, nell'autorità statale un garante *super partes* delle regole dell'economia di mercato, ancorata saldamente al rispetto della libera concorrenza. È in questo periodo storico che si concretizza il passaggio dallo "Stato imprenditore" allo "Stato regolatore".

² Si fa riferimento al modello di welfare teorizzato dall'economista e sociologo britannico William Beveridge, nel quale gli schemi di protezione sociale coprono tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro partecipazione al mondo del lavoro o a quello degli adempimenti contributivi. Questo modello ha creato un unico grande bacino di solidarietà e redistribuzione. Le prestazioni sono egualitarie e vengono finanziate dal gettito fiscale.

In Italia, sotto la spinta dell'influenza europea, s'intraprende la via della privatizzazione e dell'esternalizzazione di diversi servizi pubblici; viene attuata una vera e propria politica di dismissione delle partecipazioni statali (tanto che lo stesso Ministero delle partecipazioni statali nel '94 venne soppresso), che ha riguardato in particolar modo i settori dell'energia, dei trasporti e delle telecomunicazioni.

Le privatizzazioni furono motivate non soltanto dal proposito di ridurre il debito pubblico, diminuendo i costi a carico dello Stato, ma anche come intrinseca operazione di politica industriale. Si sosteneva, infatti, che la vendita ai privati avrebbe reso le imprese pubbliche più efficienti, rafforzando il tessuto produttivo del Paese.

Il pensiero neoliberale attecchì con facilità perché alle trasformazioni strutturali che avevano interessato l'economia, con particolare riguardo alle strutture produttive e all'organizzazione del lavoro³, erano seguite modificazioni altrettanto sostanziali a livello sociale, con la crescita della domanda di servizi e di beni immateriali e una tipologia di consumo sempre più superfluo, quasi simbolico, teso ad affermare l'individualità di ciascuno. Pertanto, dinnanzi a bisogni che si facevano sempre più differenziati e personalizzati, l'offerta di servizi universalistici, necessariamente uguali per tutti, risultava inadeguata, causando al contempo la diffusione del malcontento per risposte percepite sempre come insufficienti e l'aumento della domanda di spesa aggiuntiva.

Anche nel campo delle prestazioni assistenziali e sociosanitarie si è adottata la ricetta neoliberale, con l'abbandono del modello a gestione interamente pubblica e la promozione dell'azione delle forze di mercato. La diffusione di un nuovo paradigma di *public governance*, di inequivocabile matrice neoliberale e di origine statunitense, conosciuto come New Public Management (NPM), favorì, a partire dagli anni '90, la propagazione della cultura della performance, di un settore pubblico poco centralizzato, orientato al risultato e costruito attorno ai concetti di

³ Per quanto riguarda le strutture produttive, il cambiamento ha interessato sia i prodotti che sono diventati sempre più differenziati e personalizzati, sia i processi di produzione, caratterizzati da sempre maggiore automazione e specializzazione.

Per quanto riguarda, invece, l'organizzazione del lavoro, è in questi anni che comincia la transizione dal modello fordista di produzione ad un modello più snello e flessibile. La massa operaia, sostanzialmente omogenea e poco qualificata, tipica del fordismo, si riduce notevolmente, lasciando spazio ad una nuova classe di lavoratori a più alta professionalità e specializzazione.

efficienza ed efficacia, nel quale il rapporto cittadino-Pubblica Amministrazione viene completamente ridimensionato, diventando più un rapporto fornitore-utente. È proprio in quest'epoca che in Italia, in ambito sanitario, prende forma il sistema aziendalistico, con la nascita delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)⁴.

Ad essere preso di mira fu il modello burocratico weberiano, criticato per la sua eccessiva rigidità e per la sua specifica tendenza alla standardizzazione dei bisogni.

Sul piano dell'applicazione pratica, il NPM poneva molta enfasi sulla responsabilità manageriale ai vertici delle organizzazioni, sul taglio dei costi, sulla competizione e sugli strumenti gestionali importati dal mondo delle imprese.

Sul piano ideologico, invece, il modello neoliberale del NPM, benché con una logica controversa collocasse il cittadino all'interno di un rapporto puramente consumistico in cui egli diventava un utente-consumatore, è stato il primo a porre la questione della centralità dell'individuo.

Tuttavia, questo modello entrò in crisi già agli inizi degli anni 2000. Oltre a significative difficoltà di tipo economico – la questione relativa ai costi eccessivi non venne affatto risolta e il deficit strutturale generato dal vecchio modello di welfare non venne eliminato – il modello manageriale neoliberale, dominato da una logica sostanzialmente economica e razionalizzante, risultava incapace di riconoscere e di comprendere la pluralità della società che andava configurandosi.

L'errore di questo paradigma gestionale risiedeva proprio nell'adozione della logica stringente del rapporto fornitore-cliente. Il servizio pubblico, infatti, non può avere clienti, in quanto il rapporto cittadino – P.A. è infinitamente più complesso del binomio fornitore-consumatore e passa prima di tutto attraverso il riconoscimento della società plurale.

La crisi economica del 2008, con le politiche di austerità che ne sono conseguite, e la più recente crisi provocata dalla pandemia da Covid-19 hanno inferto l'ennesimo duro colpo ai sistemi di welfare dei paesi occidentali. In Italia la risposta è stata, in entrambi i casi, un aumento considerevole degli strumenti di protezione sociali esistenti, che ha comportato sostanzialmente un ulteriore incremento della spesa pubblica. Tuttavia, mancando delle vere e proprie riforme strutturali, gli interventi attuati in questo decennio si sono tradotti il più delle volte in provvedimenti

⁴ In alcuni contesti regionali le ASL assumeranno denominazioni diverse: in Veneto, ad esempio, verranno chiamate Aziende U.L.S.S. (Unità locale socio sanitaria).

settoriali ed emergenziali, privi di una visione d'insieme e di una strategia progettuale di lungo periodo.

È specialmente in questo contesto che ha cominciato ad emergere con forza l'insieme delle istanze provenienti dalla società civile, meglio noto come Terzo settore⁵. Quest'ultimo, nelle sue diverse forme del volontariato, della cooperazione sociale, dell'associazionismo non profit, delle fondazioni e delle imprese sociali, ha finito per giocare un ruolo strategico, dimostrando proprio in tempo di crisi tutta la sua vitalità. Invero, come si diceva prima, in un contesto sociale caratterizzato da alta differenziazione anche il welfare deve analogamente farsi plurale, riconoscendo prima di tutto la legittimità di quelle istanze della società civile, che rappresentano a tutti gli effetti un'alternativa più che valida al perpetuo avvicendamento di Stato e mercato e che sono dotate di quel carattere umano irrinunciabile, in grado di recuperare la dimensione relazionale che appartiene per natura al mondo dei servizi alla persona.

L'impatto del Terzo settore sul welfare italiano è stato dirompente, tanto che oramai è comunemente riconosciuta l'esistenza di un "secondo welfare", termine con il quale si fa riferimento all'insieme di interventi e investimenti sociali a finanziamento non pubblico, promossi da una vasta gamma di attori che si affiancano all'azione degli enti di natura pubblica per offrire risposte innovative a rischi e bisogni sociali che interessano le persone e le comunità.

Proprio sulla centralità delle diverse forme di collaborazione tra settore pubblico, mercato e società civile e sulla necessità di ricalibrare le mutue relazioni tra gli attori sociali che intervengono nelle politiche, si concentra una nuova proposta di welfare avanzata di recente da un gruppo di studiosi e ricercatori e che prende il nome di Welfare Responsabile.

⁵ Il Terzo Settore comincia ad emergere in realtà già negli anni Ottanta e Novanta, ma sarà a partire dagli anni Duemila, grazie innanzitutto al formale riconoscimento ottenuto con la legge quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che esso assumerà un ruolo fondamentale nel panorama pubblico.

1.3.2. La proposta del welfare responsabile

«Il concetto di welfare responsabile ha l'ambizione di proporsi come base di partenza per un reale processo di riforma dell'esistente, teso a superare l'impasse della "crisi del welfare", nel convincimento che da essa sia possibile uscire senza arrendersi all'idea di una sua non riformabilità» (Cesareo, 2017: 4).

Prendendo le mosse, dunque, dalla constatazione della crisi del welfare, di cui si è detto precedentemente, questa proposta ipotizza la persistenza di un modello di welfare che, rivoluzionando l'assetto dei rapporti tra i diversi attori sociali e legittimandone di nuovi, sia in grado di attuare una riorganizzazione delle politiche sociali che permetta di utilizzare al meglio le risorse già a disposizione.

Il presupposto di partenza risiede nell'evidenza che i fenomeni sociali che interessano la nostra contemporaneità sono profondamente diversi rispetto a quelli che hanno fatto nascere i sistemi di protezione sociale del secolo scorso e, di conseguenza, richiedono un approccio diverso per poter essere affrontati adeguatamente.

I concetti portanti attorno ai quali è stata formulata questa nuova proposta di welfare sono sostanzialmente tre: la centralità della persona, il senso di responsabilità e l'importanza della dimensione "meso".

Innanzitutto, viene rifiutato il modello assistenzialistico basato sull'offerta standardizzata e anonima. Come si è visto, infatti, l'attuale tessuto sociale, fortemente diviso e frammentato, ha condotto ad una radicale ridefinizione dei bisogni: da universali e omogenee, le richieste di beni e servizi si sono fatte sempre più specifiche, differenziate e personalizzate. Pertanto, serve un'offerta che sia in grado di «cogliere l'unicità e la complessità della persona e delle sue problematiche» (Ibidem: 19). Mettere la persona "al centro" significa, prima di tutto, cambiare punto di vista: la persona non può più essere intesa meramente come portatrice di bisogni e fruitrice di servizi, ma dev'essere assunta nella sua globalità come soggetto attivo e dotato di risorse da valorizzare (Gruppo Welfare Responsabile Salute, 2022: p.2).

Il secondo punto su cui fa perno la proposta del welfare responsabile, come si evince dal nome stesso, riguarda il concetto di responsabilità; dal momento che ciascun individuo non è più semplicemente un utente passivo ma un soggetto dinamico, dotato di potenziale, dev'essere egli per primo a rendersi protagonista del proprio

sviluppo e della propria crescita. È proprio la capacità di riflettere, di compiere scelte autonome e responsabili e, dunque, di definirsi, che permette agli individui di entrare in contatto e di instaurare relazioni di fiducia sulle quali costruire una dimensione comunitaria. La creazione di uno spazio comune di condivisione e ascolto reciproci, fa sì che ogni attore coinvolto ai vari livelli della vita sociale sia spinto a mobilitarsi non solo per il conseguimento del proprio benessere ma anche per quello della comunità. Pertanto, grazie a quello che gli ideatori del welfare responsabile definiscono “processo di attivazione capacitante”, questa “chiamata alla responsabilità” degli individui si traduce in cittadinanza attiva.

All’interno di questo contesto, la pluralità degli attori sociali deve essere riconosciuta e legittimata in modo tale che essi possano dispiegare al meglio le loro potenzialità, operando in modo sinergico.

Proprio per questo motivo, il welfare responsabile riconosce nel Terzo settore un tassello indispensabile per riformare il vecchio modello assistenzialistico universalista, sottolineando, peraltro, l’importanza di un’ulteriore categoria, meno riconosciuta sul piano formale, comprendente famiglia e altri tipi di reti “informali”, come l’associazionismo di auto-mutuo aiuto, che viene generalmente identificata come Quarto settore.

Il tema della responsabilità, insieme a quello essenziale della solidarietà, devono guidare il processo di integrazione e di costruzione di una rete tra gli attori e le entità sociali coinvolte. La logica che sottende all’intera proposta, infatti, è quella della condivisione e della compartecipazione; la convivenza tra i diversi soggetti coinvolti nella produzione di benessere, da quelli locali, a quelli del mercato, dello Stato, del Terzo e del Quarto settore, dev’essere non solamente pacifica, ma anche proattiva, in modo da favorire lo sviluppo di competenze nella progettazione, nella programmazione e nella gestione integrata di politiche e servizi.

La visione reticolare, orientata all’orizzontalità più che alla verticalità, favorisce la collaborazione e lo scambio di conoscenze, che sono i motori del processo di *sense making* tramite cui gli individui che fanno parte di una comunità attribuiscono un senso agli eventi e collocano gli stimoli esterni entro cornici concettuali che permettono loro di comprendere, spiegare e anche predire i fenomeni, sociali o meno. I processi di costruzione di senso sono assimilabili ai processi di organizzazione; ne consegue che, se all’interno di una comunità gli individui

condividono queste mappe concettuali di senso, questi stessi saranno in grado di dare una lettura ed un'interpretazione quanto più possibile omogenee dei fenomeni e ciò permetterà loro di essere maggiormente organizzati e reattivi nella risposta.

La creazione di legami fiduciari e reticolari fra individui, andando a contrastare la deriva individualistica della società contemporanea, promuove lo sviluppo di capitale sociale e resilienza.

Il modello proposto dal welfare responsabile pone poi grande importanza nella dimensione "meso", ossia intermedia, situata cioè tra le istituzioni statali (dimensione macro) e gli individui (dimensione micro). Essa designa sostanzialmente il luogo e le attività degli attori locali del welfare. Il livello territoriale locale, data la sua prossimità alla vita delle persone, viene ritenuto quello più sensibilmente in grado di intervenire su di essa, richiamando un po' il principio costituzionale di sussidiarietà, secondo il quale lo svolgimento di funzioni pubbliche deve essere svolto dal livello di governo più vicino ai cittadini. Sebbene, nell'immaginario comune il livello locale venga spesso, paradossalmente, percepito come distante ed inerte, esso non può che costituire il centro vitale di un welfare che passa, prima di tutto, attraverso l'*empowerment* della comunità. Quel che differenzia il welfare responsabile dai vari modelli che si sono succeduti nel corso degli anni è, infatti, proprio la sua connotazione più comunitaria che istituzionale.

Ad ogni modo, la proposta del welfare responsabile non si presenta come un progetto finito e definitivo, anzi invita tutti ad attivarsi e riflettere, dunque, nuovamente a sentirsi responsabili, rimanendo aperta al contributo e alla critica.

1.3.3. La declinazione del welfare responsabile in ambito sanitario

Uno degli ambiti all'interno del quale il welfare responsabile troverebbe maggior spazio di applicazione è l'ambito sanitario.

L'affermazione del diritto alla salute e la creazione di un sistema sanitario accessibile a tutti costituiscono certamente due delle più importanti conquiste del moderno welfare, eppure ancora oggi in tema di salute il nostro paese è segnato da inefficienze e disuguaglianze che pesano specialmente sui cittadini più fragili e bisognosi. Le criticità strutturali che caratterizzano il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sono state, peraltro, inequivocabilmente messe in evidenza dalla

recente crisi causata dalla pandemia da Covid-19. In particolare, sono emerse le fragilità della sanità territoriale e del sistema di cure primarie, alle quali spettano funzioni fondamentali di cura e prevenzione.

Oggi più che mai, vi è un'impellente necessità di attuare una ricalibratura del SSN, rovesciando la dominante logica ospedalocentrica a favore di uno spostamento del centro del processo di cura verso il territorio. Attualmente, grazie alle risorse provenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), abbiamo l'opportunità unica di mettere in piedi un progetto di riforma che abbia lo scopo di ridimensionare l'attuale sistema di assistenza territoriale, andando a conferire maggior rilievo ai servizi territoriali e alle diverse forme di assistenza primaria.

Dinnanzi ad un quadro epidemiologico e sociale profondamente mutato rispetto ad un tempo, si deve attuare un cambio di paradigma che, concentrandosi maggiormente sulle risorse delle persone e sulla loro rete di relazioni, privilegi il concetto di "prossimità", «inteso come rovesciamento della logica funzionale del sistema sanitario: si tratta di portare le cure alle persone anziché viceversa» (Giarelli et al., 2023: 2).

Al centro del progetto di riforma vi dev'essere la persona, intesa, in questo contesto, nella sua duplice accezione di utente-paziente e di professionista dei servizi; il nuovo modello deve esaltarne l'unicità, la relazionalità e la dignità, individuando il focus dell'intervento non solo nel singolo problema o bisogno, bensì nella persona complessivamente considerata nella sua dimensione biologica, psicologica e sociale.

Il modello di "salute di prossimità" (*Ibidem*) privilegia i rapporti reticolari ed orizzontali rispetto a quelli gerarchici verticali. Nell'ambito dei servizi sociosanitari, l'adozione di una visione reticolare incoraggia la condivisione del sapere e soprattutto la reciproca legittimazione tra i diversi attori coinvolti. Lo sviluppo di un sistema territoriale efficace, infatti, non può prescindere dall'integrazione tra le diverse culture organizzative e identità professionali esistenti.

Per promuovere un modello di *primary care* realmente efficace, l'innovazione deve investire tutte le tipologie di relazioni possibili: la relazione medico-paziente, la relazione fra professionisti e infine la relazione con la comunità.

Per quanto riguarda la relazione medico-paziente, il passaggio cruciale consiste nell'abbandono del tradizionale modello di cura che riconosce unicamente l'esistenza di un rapporto di tipo unilaterale, nel quale il medico viene identificato

come il solo detentore del sapere ed erogatore di prestazioni nei confronti del paziente. Il processo di cura deve, invece, configurarsi più come un processo di co-produzione e co-costruzione della salute del paziente, al quale deve essere riconosciuto un certo grado di responsabilità ed autonomia nella gestione della propria salute. In particolare, si deve riconoscere al paziente il diritto essenziale a ricevere informazioni accurate relativamente al proprio stato di salute e ad avere pieno accesso ai propri dati sanitari (soprattutto tramite il potenziamento dei supporti digitali), in modo da sanare lo squilibrio informativo e di potere che caratterizza attualmente il rapporto medico-paziente. Il modello centrato sul paziente deve tenere ben presente che «il paziente è una singola persona con percezioni e modi di considerare la propria condizione di malattia» (Bertin, 2014: 16); questo aspetto è fondamentale e funzionale alla costruzione di un «rapporto di alleanza terapeutica» (*Ibidem*) tra medico e paziente.

Per quanto concerne la relazione tra professionisti, la sfida consiste nel valorizzare e rivitalizzare le figure dei medici territoriali, spesso considerati subalterni rispetto ai medici ospedalieri. Lo stereotipo culturale secondo il quale, in campo medico, esistano figure professionali più rispettabili e autorevoli di altre, è una chiara conseguenza della dominanza del modello biomedico, la quale ha fatto sì che, nell'immaginario collettivo, si insediassero la convinzione che il vero sapere fosse esclusivamente quello specialistico.

Quando parliamo di medici territoriali, ci riferiamo ad un'ampia categoria di liberi professionisti, tra cui medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, che possiedono «culture organizzative e abitudini nella gestione della quotidianità professionale» (*Ibidem*: 19) molto diverse rispetto a quelle dei medici ospedalieri.

Il cambio di paradigma passa anzitutto attraverso il riconoscimento e la piena legittimazione del sapere di tipo olistico che caratterizza la medicina territoriale. La priorità è quella di garantire la riorganizzazione e l'integrazione dei rapporti fra le diverse entità professionali che erogano prestazioni sanitarie, in modo da assicurare omogeneità e continuità al processo di cura del paziente. Il dialogo e l'interazione senza pregiudizi tra medici di base e medici specialistici, oltre a fornire una copertura del paziente a 360 gradi incrementando la qualità della cura offerta, permetterebbe di ridurre notevolmente le inefficienze organizzative che

attualmente appesantiscono il nostro sistema sanitario. D'altronde, l'integrazione di diverse professionalità, consentendo un'equa distribuzione del carico di lavoro tra i professionisti coinvolti, garantirebbe loro la possibilità di occuparsi maggiormente di prevenzione. L'adozione di strategie di prevenzione efficaci è fondamentale in quanto si traduce in una maggiore frequenza di diagnosi precoci, con la conseguenza che, nella maggior parte dei casi, l'erogazione tempestiva delle cure va a ridurre notevolmente il tasso di ospedalizzazione o il numero di accessi impropri al Pronto Soccorso.

L'idea è quella che il paziente possa godere dell'erogazione di prestazioni sanitarie direttamente presso il proprio domicilio o nelle strutture di prossimità della comunità di appartenenza quanto più possibile, in modo tale da preservarne il benessere psico-sociale anche nella malattia.

Infine, la promozione dell'integrazione fra i diversi attori che compongono la rete dei servizi territoriali e ospedalieri è funzionale soprattutto alla realizzazione della *community care* e al miglioramento delle relazioni con e per la comunità. Lo scopo è quello di portare il sistema di cure primarie a farsi carico della salute nella comunità, non solo attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie ma anche attraverso la promozione di stili di vita sani.

Appare evidente, dunque, che la comunità locale debba essere il referente centrale dell'intero sistema, perché solo in questo modo, parallelamente alla fornitura di servizi, sarà possibile produrre «un senso di appartenenza e di identificazione culturale quale fondamento indispensabile di una rinnovata fiducia del cittadino nel SSN» (Giarelli et al., 2023: 3).

Altrettanto centrale dev'essere l'interconnessione delle reti, sia formali (soggetti istituzionali, sia pubblici che privati) che informali (soggetti non istituzioni come la famiglia, gli amici, i volontari e le associazioni della società civile), che operano all'interno della comunità.

In riferimento alle reti di prossimità, il Gruppo Welfare Responsabile Salute individua un modello di integrazione che distingue fra quattro livelli di reti: le reti domiciliari, quelle territoriali, quelle semi-residenziali e, infine, quelle residenziali. Ciascun livello si divide tra reti formali e reti informali.

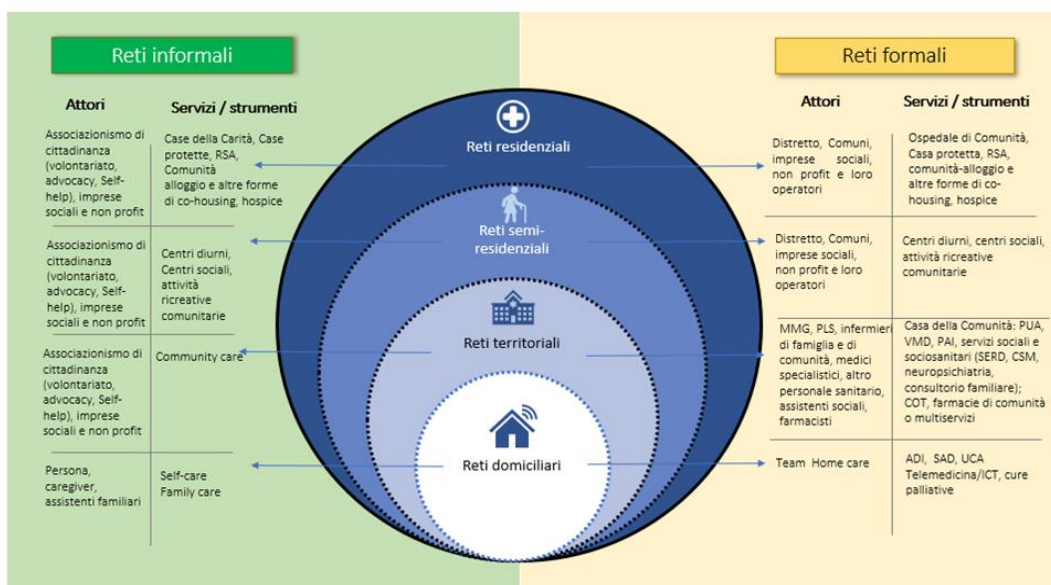


Figura 4: Modello di integrazione dei diversi livelli di reti di prossimità.

Tratto da: *Manifesto per una salute di prossimità. Una ricalibratura del Servizio Sanitario Nazionale*, Giarelli G., Lombardi L., Lombi L., Macchioni E., Marzulli M. (2023), in *Welfare Oggi*, 1, in press.

Il modello di integrazione presentato comporta, sul piano operativo, l'adozione di un approccio di *network governance*, il quale favorisce la mobilitazione e il coinvolgimento dei cittadini e delle varie organizzazioni della società civile nello sviluppo, nell'attuazione e nel monitoraggio delle politiche pubbliche.

La logica della *network governance* deve necessariamente trovare applicazione nei contesti territoriali, che, essendo il primo bacino di raccolta tutte le istanze e le domande provenienti dalla comunità, si presentano come sistemi organizzativi aperti e dinamici, caratterizzati da alta frammentazione e dalla compresenza di una molteplicità di attori, non tutti appartenenti al sistema sanitario. Per contro, gli ospedali, configurandosi maggiormente come sistemi organizzativi chiusi, a bassa complessità e composti da una più ristretta gamma di figure professionali, tutte impiegate nel mondo della sanità, sono caratterizzata da «una cultura di tipo gerarchico e una struttura segmentata in ragione della specializzazione progressiva del sapere scientifico» (Bertin, 2014: 26). Appare evidente, dunque, che il territorio, presentando caratteristiche profondamente diverse rispetto ai sistemi ospedalieri, necessita di una cultura organizzativa altrettanto diversa, certamente più

«eteroreferenziale» (Giarelli et al., 2023: 3), in grado di promuovere l'orizzontalità e il coordinamento multiprofessionale.

In conclusione, quindi, per attuare una ricalibratura del Sistema Sanitario Nazionale serve, prima di tutto, un cambio di paradigma sul piano culturale.

Il centro del processo di cura deve essere portato dall'ospedale al territorio, dove si sviluppa l'intero sistema delle cure primarie e assistenziali.

L'idea di centralità della persona – intesa nella sua duplice accezione di utente-paziente e di professionista dei servizi – deve orientare l'intero processo di riorganizzazione. Quindi, da un lato, il paziente, interpretato nella sua globalità, deve essere messo nelle condizioni di partecipare attivamente alla gestione della propria salute; dall'altro, nei confronti dei professionisti che operano nel settore devono essere messe in campo maggiori risorse, non tanto in termini di nuove strutture o tecnologie, quanto in termini di formazione e acquisizione di nuove competenze.

Gli attori che fanno parte delle reti, sia formali che informali, che gravitano attorno alla persona devono interagire fra di loro, in un'ottica collaborativa di redistribuzione di potere e condivisione di responsabilità.

L'obiettivo finale dev'essere quello di introdurre un nuovo modello organizzativo di intervento integrato e multidisciplinare, che possa realmente farsi carico della salute della persona nella sua interezza.

CAPITOLO 2

La salute di comunità; focus sulle Case della Comunità

2.1. Le Case della Comunità; cosa sono?

La situazione emergenziale dovuta alla pandemia da Covid-19 ha generato ampie discussioni relativamente alla funzionalità dei vari comparti del sistema sanitario, ponendo in particolare la questione della rilevanza del lavoro di monitoraggio e di pronto intervento condotto sul territorio dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS). Si è potuto constatare che laddove questo presidio era più organizzato e capillare, gli esiti della malattia sono stati meno letali e sono state limitate le situazioni di sovraccarico di ospedali e terapie intensive (Ingrosso, 2022). Ad esempio, la scelta operativa attuata nel contesto regionale veneto si è distinta, all'interno del panorama nazionale, come una delle più efficaci nel contrasto alla diffusione del virus, in quanto ha puntato su un «modello attivo di contenimento» (Vicarelli et. al, 2021: 39), effettuando un numero elevato di tamponi e realizzando una maggiore integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri, sia pubblici che privati. La strategia veneta può dirsi vincente soprattutto se confrontata con quanto accaduto in un altro contesto regionale, seppur molto avanzato, come quello lombardo, dove la pandemia «ha messo chiaramente in evidenza la fragilità di un modello sanitario che se, da un lato, ha fatto dell'eccellenza ospedaliera il suo obiettivo strategico, dall'altro lato ha dimenticato l'importanza di costruire un rapporto sinergico ospedale/territorio, relegando le cure territoriali in secondo piano» (Ibidem: 47).

L'impostazione fortemente "ospedalocentrica" di alcune realtà regionali, come appunto quella lombarda, caratterizzata da una rete territoriale debole, che soffre la mancanza di una reale integrazione strutturale e organizzativa nel sistema delle cure, in particolare per quanto riguarda i medici di medicina generale (MMG), ha avuto pesanti ripercussioni a livello sociale, andando ad aggravare la situazione di crisi. Si parla di «pressione indebita sugli ospedali; scarsa continuità delle cure erogate a domicilio; senso di abbandono nelle persone malate di Covid-19 e di altre patologie, con la richiesta di ospedalizzazione come unica soluzione alternativa; elevato numero di personale sanitario, in particolare MMG contagiati e deceduti; numero rilevante di decessi» (Ibidem: 94).

Alla fine, quello che è emerso dal quadro generale è stata l'incapacità, sia sul piano culturale che sul piano operativo, di dare pieno riconoscimento alla complessità e all'importanza proprio della medicina territoriale nel sistema delle cure.

Tuttavia, ancor prima di mettere in luce l'inadeguatezza del welfare territoriale, la pandemia ha suscitato, sul piano antropologico, una rivalutazione del concetto di "comunità"; ad essere sconvolta, infatti, non è stata solamente l'esistenza personale degli individui, ma anche quella collettiva e sociale. In qualche modo, si potrebbe dire che la pandemia, causando la sospensione della precedente vita quotidiana e costringendoci ad un riadattamento alla vita sociale, ci ha messo dinnanzi all'evidenza che le nostre vite sono intrinsecamente legate le une alle altre e ci ha fatto apprezzare con spirito rinnovato il valore della dimensione sociale all'interno della quale viviamo.

Ciò di certo non significa che l'orientamento individualista di stampo neoliberale abbia subito un'inversione repentina; tuttavia, bisogna riconoscere che il tema della comunità è tornato ad essere protagonista del dibattito culturale e politico e si è iniziato a parlare più diffusamente di comunità come di un'indispensabile componente organizzativa del sistema dei servizi.

Per questo motivo, grazie soprattutto alle cospicue risorse messe in campo dal PNRR, si sta cercando di definire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale che abbia nella comunità il suo referente principale. Non a caso, il cuore dell'intero progetto di riforma risiede nella creazione di luoghi cura integrata e multidisciplinare che prenderanno il nome di Case della Comunità (CdC).

Secondo la definizione data dal decreto n.77/2022, «La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento» (Ministero della Salute, 2022: 26).

La realizzazione di un sistema di cure primarie inclusivo passa necessariamente attraverso l'erogazione di servizi territoriali che garantiscano la presa in carico multidisciplinare, interprofessionale e intersettoriale dei bisogni di salute e assistenza delle persone. La Casa della Comunità, dunque, ponendosi al centro della vita della comunità locale, dovrà configurarsi come punto d'incontro tra servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

Il progetto prevede che all'interno di ogni CdC operi un'équipe multiprofessionale costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e di comunità (IFoC) e da tutti gli altri professionisti sanitari disponibili nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio psicologi, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione, e assistenti sociali.

L'aspetto centrale e paradigmatico delle CdC risiede nel fatto che esse non si limitano unicamente all'erogazione di prestazioni pertinenti al comparto sanitario, ma investono anche il comparto sociale, promuovendo interventi di welfare locale e comunitario.

L'idea, infatti, è che la CdC, oltre a farsi carico della cura della comunità, favorisca lo sviluppo di una "comunità della cura" (Ingrosso, 2022: 24), che sia in grado di conciliare risorse di cura "formali", come quelle mediche di base e specialistiche, con risorse "informali", che pertengono più alla dimensione sociale e comunitaria. Solo operando in maniera sinergica queste risorse possono realmente condurre ad una personalizzazione dei percorsi di cura.

Tuttavia, l'attivazione delle CdC non si esaurisce nel semplice posizionamento di due percorsi paralleli, uno sanitario, potenzialmente per tutti, e uno sociale, per chi ha bisogni assistenziali e di sostegno aggiuntivi, nello stesso luogo. Essa comporta, infatti, uno sforzo maggiore in termini di ripensamento delle cure primarie, le quali, andando oltre la mera esecuzione di prestazioni sanitarie, devono mirare alla realizzazione di veri e propri "progetti di salute" personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi fortemente integrati e flessibili. Proprio per questa ragione, sempre nel decreto ministeriale n.77/2022, si dice che la Casa della Comunità «è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità» (Ministero della Salute, 2022: 31).

Il concetto di budget di comunità (o budget di salute) fa riferimento ad uno strumento generativo costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura che favoriscano benessere, inclusione sociale e superamento delle disuguaglianze di salute. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il budget di comunità è, sostanzialmente, «il paniere di risorse e opportunità per realizzare il progetto di vita di persone con bisogni sociosanitari complessi e per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo» (2021: 8).

Sebbene l'idea del budget di comunità sia stata originariamente formulata ed implementata nell'ambito della cura della salute mentale, le linee programmatiche stilate a riguardo dall'ISS⁶ possono essere applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari più o meno complessi.

Ecco perché se ne parla anche nell'ambito delle Case della Comunità, perché esse devono perseguire la medesima logica generativa, ponendosi come punto di scambio e intersezione fra risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie con lo scopo di migliorare la salute, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione alla vita sociale mediante l'attivazione di percorsi evolutivi e delle risorse di comunità.

È proprio sulla capacità collaborativa e comunitaria dell'ampio spettro di attori coinvolti che si gioca il successo di questa innovazione, che ha le potenzialità per produrre un forte cambiamento, tanto culturale, quanto istituzionale e organizzativo.

Gli enti chiamati in causa nella ristrutturazione delle cure territoriali sono diversi: non più solo quelli attualmente predisposti alle politiche sanitarie, ma anche quelli responsabili delle politiche sociali e, in primis, l'Ente locale, al quale il PNRR richiede di mettersi in gioco, programmando una serie di investimenti e progetti anche di tipo sanitario relativamente al loro bacino territoriale di competenza (Ingrosso, 2022).

Le CdC devono dare forma all'ipotesi di una "salute di prossimità", dove per prossimità non s'intende tanto la vicinanza fisica quanto piuttosto il movimento di "andare verso", quindi di portare le cure al paziente, perseguendo un modello di "sanità d'iniziativa"⁷ più che di attesa.

In sostanza, dunque, la CdC rappresenta «il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali» (Ministero della Salute, 2022: 26); il luogo in cui la comunità, grazie all'aiuto dei professionisti che dialogano e operano in maniera integrata tra loro, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute.

⁶ Il riferimento è al documento "Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona" realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità.

⁷ È proprio il decreto n.77/2022 a parlare di "sanità d'iniziativa" definendola «un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa» (: 16).

2.2. Inquadramento normativo: il passaggio dalle Case della Salute alle Case della Comunità

La volontà di innovare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale non è nuova nel panorama delle politiche sanitarie nazionali.

Numerosi studiosi, infatti, ritengono che le Case della Comunità previste dal PNRR presentino diversi elementi di continuità con le Case della Salute (CdS), strutture deputate all'erogazione e al coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, già presenti nel panorama nazionale.

La Casa della Salute è stata prevista dalla legge 296/2006, ossia la legge finanziaria 2007, e in seguito, con il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007 (d.m. 236/2007) ne sono state varate le linee guida.

La Casa della Salute viene definita dal decreto ministeriale 236/2007 come la «struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie» (Ministero della Salute, 2007: 10).

Alla fine del 2020 in Italia risultavano attive 493 Case della Salute, distribuite, però, in maniera del tutto disomogenea: 124 in Emilia-Romagna, 77 in Veneto, 76 in Toscana, 71 in Piemonte, 55 in Sicilia, 6 in Molise, 4 in Liguria, 1 in Basilicata, nessuna in Lombardia, Trentino AA, Friuli-Venezia Giulia, Campania e Puglia (Camera dei deputati, 2021).

Con l'istituzione delle Case della Salute, l'obiettivo, come si è detto per le Case della Comunità, era quello, da un lato, di innescare e favorire processi di integrazione tra i professionisti dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali attorno a un presidio fisico di facile individuazione; dall'altro di creare uno spazio di condivisione e partecipazione democratica, all'interno del quale i cittadini e le varie entità sociali impegnate nel settore potessero concorrere alla progettazione e alla valutazione di servizi e attività.

Le linee guida del decreto chiariscono gli aspetti riguardanti la strutturazione e l'organizzazione delle Case della Salute.

All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei medici di medicina generale e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET). [...] Presso la Casa della Salute deve essere presente un servizio di

ambulanze per il pronto intervento sul territorio (presenza del punto di soccorso mobile 118 dotato di medico a bordo presente 24 ore su 24) e per il trasporto infermi a meno che la regione non abbia diversamente organizzato il servizio. Nella Casa della Salute, inoltre, deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedano l'accesso al Pronto Soccorso. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub-distrettuale, pur mantenendo la loro autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la degenza territoriale (Ospedale di Comunità).

Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socioassistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socioassistenziali. Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale. In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. [...] Nella Casa della salute deve infine trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale di riferimento per la diagnostica di secondo livello (Ministero della Salute, D.M. 236/2007, Allegato A: 10).

Nel 2012, con il DL 158, noto come Decreto Balduzzi, vi è stato un nuovo tentativo di riordino dell'attività assistenziale e sanitaria territoriale, volto a rafforzare i presidi nel territorio in modo da favorire un processo di de-ospedalizzazione che non andasse ad inficiare la fruizione delle cure da parte dei cittadini. In particolare, il decreto legge prevedeva la creazione sia di «forme organizzative monoprofessionali» indicate con il nome di “aggregazioni funzionali territoriali” (AFT) «che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi», sia di «forme organizzative multiprofessionali» chiamate “unità complesse di cure primarie” (UCCP) «che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria» (DL 158/2012: 3).

In alcune Regioni le preesistenti Case della Salute sono state sovrapposte e integrate con le UCCP, mentre in altre le UCCP si sono sviluppate in alternativa alle Case della Salute. Fondamentalmente, quindi, si tratta di una differenza più formale che sostanziale tra CdS e UCCP; quel che cambia realmente è la conformazione di questi modelli a livello regionale. Infatti, ad eccezione del medico di medicina generale che è l'unica costante in tutti i modelli, per quanto riguarda la presenza degli altri medici del

territorio (pediatri e specialisti), nonché delle professioni sanitarie, ogni ambito regionale ha una diversa organizzazione.

Purtroppo, una delle maggiori difficoltà che riguardano il modello delle CdS è connessa alla relativa scarsità di evidenze circa l'efficacia di questo tipo di interventi; ad oggi, i contributi più noti, i cui esiti risultano peraltro ambigui, sono iniziative regionali di agenzie (ARS Toscana e ASSR Emilia-Romagna) che valutano l'impatto delle Case della Salute a partire da indicatori quali l'aderenza terapeutica ai percorsi di presa in carico di patologie croniche, l'accesso ai servizi sanitari (ospedalizzazioni e Pronto Soccorso) e il consumo di farmaci (Del Vecchio et al., 2022).

Tuttavia, grazie in particolare al lavoro svolto dall'Agenzia sanitaria e locale dell'Emilia-Romagna, che ha condotto uno studio recante "Valutazione di impatto delle Case della Salute", sono emersi alcuni elementi di criticità in merito alle CdS, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e di continuità assistenziale⁸, che meritano di essere considerati con attenzione in vista della progettazione e dell'attivazione delle Case della Comunità.

Per come sono state progettate e realizzate, le Case della Salute attualmente attive nel nostro paese non sono molto diverse dai poliambulatori (*Ibidem*): esse, infatti, si presentano prevalentemente come "semplici" luoghi sanitari, organizzati secondo diverse modalità aggregative. Le CdS operano quasi totalmente in ambito tecnico-sanitario, marginalizzando o addirittura escludendo quello sociale. Le realtà del terzo settore, come i gruppi associativi e di volontariato non trovano spazio all'interno delle CdS e l'offerta di servizi coordinati a quelli collocati nelle Case è molto ridotta, così come la promozione di attività formative a scopo di prevenzione. Per queste ragioni, le attuali Case della Salute, venendo meno all'innovativo proposito di configurarsi come luoghi di rappresentanza e partecipazione democratica, non sono state in grado di farsi espressione delle comunità locali.

⁸ Conducendo un'analisi sul grado di soddisfazione degli utenti, lo studio rivela che gli utenti inseriti in un percorso di cura dichiarano in molti casi di sentirsi disorientati a causa dei pareri discordanti ricevuti dagli operatori, lamentando una mancanza di continuità assistenziale. Inoltre, spesso viene segnalata una informazione non completa ricevuta all'uscita dalle strutture riguardanti le opportunità nel territorio, denotando una debole integrazione fra comparto sanitario e comparto sociale.

Le nuove Case della Comunità si possono considerare come un'evoluzione delle Case della Salute, tanto che il decreto ministeriale n.77/2022 afferma che «tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete» (: 30). Tuttavia, esse hanno il compito di attuare un deciso cambiamento paradigmatico, culturale e metodologico rispetto alle CdS. Non si tratta solamente di riorganizzare e ricollocare le strutture esistenti in un'unica rete omogenea; le CdC devono operare quello spostamento verso la "comunità", che le CdS non state in grado di fare, rigenerando le reti sociali e coinvolgendole nei meccanismi progettuali, decisionali e di governance, in modo tale da dare piena attuazione al concetto di "prossimità".

2.3. Organizzazione e funzioni delle Case della Comunità

Per la missione 6 del PNRR, dedicata alla salute, sono stati stanziati quasi 16 miliardi di euro; di questi, 7 miliardi verranno impiegati nella prima componente della missione, che reca "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". È proprio in questa prima componente che rientra la realizzazione delle Case della Comunità, per le quali è stato previsto un investimento di 2 miliardi di euro. Con il PNRR si è prevista l'attivazione di 1350 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare strutture sia già esistenti sia nuove. Ma che organizzazione avranno queste Case della Comunità e a quali funzioni dovranno assolvere?

2.3.1. L'organizzazione delle CdC

La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN che propone un modello in grado di costruire percorsi di cura basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.

A livello organizzativo sono previsti due modelli per le Case della Comunità: le Case della Comunità hub e quelle spoke.

La CdC hub viene considerata la struttura di riferimento, in quanto offre una gamma completa di servizi ed è il vero punto di riferimento per la programmazione sanitaria.

La CdC spoke invece, si configura come un'articolazione territoriale della CdC hub, con una dotazione di servizi più ridotta. In entrambi i casi, tuttavia, come stabilisce il decreto n.77/2022, viene proposta «un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base» (: 28).

Il decreto prevede come requisito prescrittivo che ogni Regione attivi almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre non indica standard di riferimento per quanto riguarda le Case della Comunità spoke, il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole Regioni in base alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio. Lo scopo è quello di organizzare una distribuzione più capillare possibile sull'intero territorio nazionale.

Sempre nel decreto n.77/2022 si trovano poi una serie di indicazioni relative ai servizi che devono o possono essere previsti nelle CdC hub e in quelle spoke.

La tabella 1 presentata di seguito ne riporta una sintesi.

Tabella 1: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello organizzativo	
	CdC Hub	CdC Spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	Obbligatorio	
Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare	Obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi infermieristici	Obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
Integrazione con i Servizi Sociali	Obbligatorio	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	Obbligatorio	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	Obbligatorio

Presenza medica	Obbligatorio H24, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	Obbligatorio H12, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
	Fortemente raccomandato H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	Facoltativo	
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	Facoltativo	
Programmi di screening	Facoltativo	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	
Medicina dello sport	Raccomandato	

Tratto da: Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Nelle Case della Comunità hub si prevedono 10-15 ambulatori all'interno dei quali operano dai 10 ai 20 MMG al servizio dei propri assistiti.

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 8-12 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza. Inoltre, sono previste dalle 5 alle 8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario), che dovrà garantire l'apertura del PUA (Punto Unico di Accesso) 6 giorni su 7, dalle 8,00 alle 18,00 (Mantovan, 2021).

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita, in qualità di attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG, l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Questa attività, secondo l'Agenas dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub, che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno.

Il responsabile organizzativo della CdC è un dirigente del distretto.

Alla CdC hub afferisce poi, dal punto di vista organizzativo, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), che si configura come un'équipe mobile distrettuale incaricata di gestire e di farsi carico di situazioni e condizioni clinico-assistenziali particolarmente complesse e di comprovata difficoltà operativa che concernono sia singoli individui che la comunità (*Ibidem*). Le UCA possono essere considerate un'evoluzione delle USCA (Unità speciali di continuità assistenziale) nate nel pieno della pandemia durante la prima ondata di Covid con il decreto n. 14/2020, per aiutare i medici di medicina generale nella gestione sul territorio dei pazienti malati di Covid o di quelli che si sospettava lo fossero. Il compito delle USCA era quello di assistere a domicilio i malati di Covid, ospedalizzando, precocemente ed esclusivamente, i casi gravi. Con il PNRR si è voluto stabilizzare le USCA all'interno dell'SSN, prevedendo uno standard di almeno un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti, per un totale di 600 UCA in tutta Italia, che trovano la loro sede operativa nelle CdC hub.

2.3.2. Le funzioni delle CdC

Come esposto precedentemente, la CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, che considerando l'individuo nella sua globalità, mira alla personalizzazione dei percorsi di cura.

Proprio l'attenzione nei confronti della dimensione "biopsicosociale" dell'individuo, fa della CdC un progetto innovativo e dinamico, in cui la comunità non è solo destinataria di servizi ma è anche parte attiva nella definizione dei bisogni di salute e nella costruzione dei processi di cura.

La CdC, si configura, dunque, come «luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento» (Ministero della Salute, 2022: 31); al suo interno, i professionisti impiegati nel mondo dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, operano in maniera

integrata e mantengo un dialogo aperto e costante con la comunità allo scopo riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della stessa.

Per poter garantire l'accesso unitario e integrato ai servizi ed essere realmente percepita come "luogo di prossimità", la CdC dev'essere ben identificabile e facilmente raggiungibile dalle persone e dev'essere dotata di un Punto Unico di Accesso (PUA), che svolga funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti.

Secondo quanto indicato nel d.m. 77/2022, la CdC, coordinandosi con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale, svolge anche un importante ruolo nel campo della prevenzione e della promozione della salute, sia tramite interventi diretti dell'équipe sanitaria, sia tramite la realizzazione di iniziative di stampo formativo, volte a responsabilizzare maggiormente le persone sui temi di salute, benessere sociale e qualità della vita.

Attraverso il coordinamento con i servizi sociosanitari territoriali, la CdC garantisce la continuità dell'assistenza e la presa in carico delle condizioni di cronicità e fragilità dei pazienti più deboli secondo il modello della sanità di iniziativa.

In sostanza quindi, il modello di intervento integrato e multidisciplinare introdotto con le CdC, orientato al principio dell'equità di accesso e della qualità dell'assistenza offerta, se realizzato adeguatamente, fornisce un vantaggio organizzativo che contribuirà alla sostenibilità del sistema delle cure primarie e territoriali nel rispondere ai bisogni emergenti dei cittadini, date soprattutto le criticità derivanti dalla carenza di alcune importanti figure professionali (MMG, PLS, infermieri e specialisti).

2.3.3. Il ruolo del Distretto Sociosanitario

Un altro tassello fondamentale del progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale risiede nel Distretto sociosanitario, che avrà il compito di programmare, organizzare ed anche erogare i servizi.

Il Distretto sociosanitario, in realtà, acquisisce grande importanza e assume il ruolo di struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) già nel 1999, con la Riforma Bindi (d.lgs. 229/1999), la quale ne ha definito i contorni e le funzioni, lasciando però alle Regioni il compito di determinarne le forme organizzative. Questa decisione è stata la più dibattuta poiché negli anni la forte differenziazione regionale ha portato i Distretti

a svilupparsi in modo completamente disomogeneo, sia per dimensioni che per funzioni.

Attualmente, con il progetto di riforma contenuto nel d.m. 77/2022, si prevede la realizzazione di un Distretto sociosanitario ogni 100.000 abitanti ma lo standard può variare a seconda dei criteri di densità della popolazione e delle caratteristiche orografiche del territorio.

Il Distretto, che è un'articolazione territoriale dell'Azienda sanitaria locale (ASL), viene indicato come il luogo «privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali» (Ministero della salute, 2022: 23). Il Distretto sarà chiamato a perseguire l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali, in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da garantire «una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta» (*Ibidem*). L'organizzazione del Distretto, quindi, deve garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, promuovendo il necessario coordinamento, in ambulatorio e a domicilio, sia tra le figure professionali deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie (MMG, PLS, servizi di guardia medica notturna e festiva, IFoC, i presidi specialistici ambulatoriali, strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate), sia tra queste e le entità deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (associazioni di volontariato, associazioni non profit, imprese e cooperative sociali,). Per assolvere questa funzione, esso si servirà soprattutto delle Case della Comunità, quali snodo essenziale del sistema dei servizi sociosanitari a livello locale.

La finalità che deve orientare l'attività distrettuale è sempre quella di garantire una presa in carico efficace della popolazione di riferimento, fornendo una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, che parta dalla comprensione e dall'analisi dei bisogni di salute delle persone.

Secondo quanto indicato dal d.m. 77/2022, a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento e delle risorse a disposizione, il Distretto, su mandato della Direzione Generale della ASL, oltre a programmare i servizi da erogare, provvede «alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni

all'utenza» (: 24). Non solo, al Distretto spetta anche il compito di erogare, in forma diretta o indiretta, i servizi sanitari territoriali e di garantire che essi siano accessibili a tutti egualmente. Infine, al Distretto si riconosce un fondamentale compito di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi e di verifica delle eventuali criticità emergenti.

Il Distretto, dunque, a seconda del modello organizzativo regionale, può operare sia come committente che come gestore dei servizi.

In relazione agli obiettivi di salute preposti per la popolazione di riferimento, al Distretto sono attribuite risorse definite, riguardo alle quali esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.

Al vertice del Distretto vi è la figura del Direttore che, oltre a coordinare l'attività di programmazione, assicura il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione generale della ASL sia per quanto riguarda l'erogazione efficace ed efficiente dei servizi, che per quanto riguarda la gestione integrata dei percorsi assistenziali (Ministero della Salute, 2022).

2.4. Il coordinamento delle CdC con i servizi territoriali

Il tema dei presidi della rete territoriale si collega necessariamente al complesso tema del governo della rete stessa, e in generale a quello della diffusione di una cultura organizzativa improntata ad un cambiamento di paradigma che si rifà all'ampio dibattito riguardante l'integrazione tra ospedale e territorio.

La CdC rappresenta infatti il nodo centrale in una ampia rete di servizi che va dall'integrazione tra professionisti dell'équipe che operano all'interno del presidio, fino a raggiungere il massimo livello di integrazione nel collegamento con le attività ospedaliere (Del Vecchio et al., 2022). La sua centralità è data, sul lato della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, che deriva dal coordinamento tra il comparto sociale e quello sanitario; sul lato della governance dalla realizzazione di attività promozionali e formative che favoriscano il coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

Nello specifico, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, la CdC adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni: rete intra-CdC, rete inter-CdC, rete territoriale e, infine, rete territoriale integrata.

Di seguito saranno riportate le caratteristiche di ciascuna di queste reti così come definite nel d.m. 77/2022.

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke, al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità dei servizi con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi.
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Lo strumento che permette di realizzare il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che il Ministero della Salute definisce come «strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria» (2022: 35).

Oltre alla fondamentale funzione di coordinamento tra servizi e professionisti, le COT si occupano anche di tracciare gli spostamenti dei pazienti da un luogo di cura ad un altro e di fornire supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale.

Con i fondi del PNRR verranno realizzate 600 Centrali Operative Territoriali.

Anche in questo caso si prevede la realizzazione di una COT ogni 100.000 abitanti, con variabilità in base al bacino d'utenza del Distretto, essendo essa un servizio a valenza distrettuale, all'interno della quale devono operare 5-6 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto (Mantoan, 2021). La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e il suo intervento può essere richiesto da tutti gli attori del sistema.

A livello regionale, la COT deve poter usufruire di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale, che attraverso il numero unico europeo 116117, offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione 24 ore su 24, 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali a bassa intensità assistenziale. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti in funzione della dimensione dei distretti stessi e delle modalità organizzative regionali (*Ibidem*).

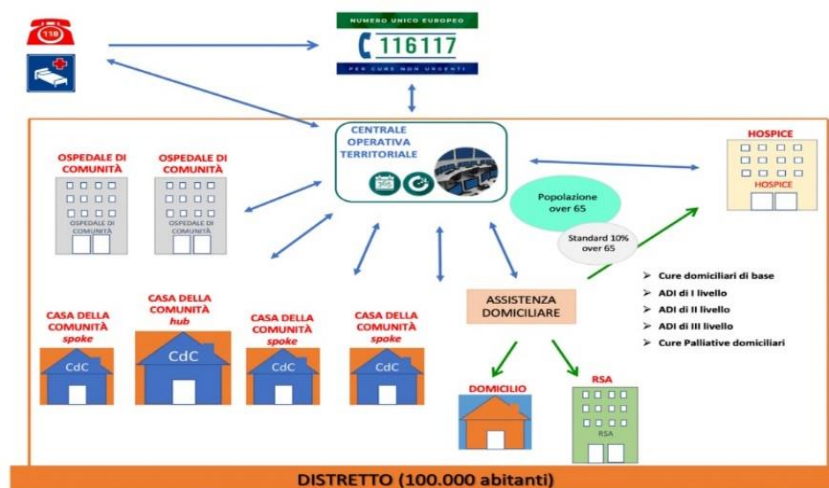


Figura 5 - Organizzazione di un Distretto-tipo di 100.000 abitanti

Tratto da: *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*, www.quotidianosanità.it, 2022.

La Figura 5 schematizza quali dovrebbero essere, secondo il disegno di legge, la composizione e il funzionamento di un Distretto sociosanitario.

In figura si trova anche una struttura di cui si farà brevemente cenno nel paragrafo successivo, ossia l'Ospedale di Comunità (OdC).

2.5. L'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'obiettivo dell'OdC è quello di evitare il ricorso improprio a servizi sanitari come l'accesso al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero, supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero e garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse. Si tratta di strutture sanitarie in cui si effettuano degenze di breve durata destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o alla riacutizzazione di condizioni croniche, necessitano di interventi sanitari clinici a media/bassa intensità clinica che, per diversi motivi, non possono essere erogati a domicilio (Ministero della Salute, 2022).

Naturalmente, la creazione di un nuovo *setting* assistenziale può creare rischi significativi di sovrapposizione, perché va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi già abbastanza densa; pertanto, è importante chiarire che l'Ospedale di Comunità non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti, né tantomeno un luogo di sosta temporanea per gli anziani che sono in attesa di entrare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

All'interno della filiera assistenziale, l'Ospedale di Comunità si colloca ad un livello intermedio, e agevola la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere al domicilio, «consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti» (PNRR, 2021: 229).

Il percorso normativo degli Ospedali di Comunità è cominciato in realtà già nel 2006, con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale si parlava degli OdC come di strutture deputate «all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto» e «alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero» (Ministero della Salute, 2006: 33).

Un ulteriore riferimento normativo arriva poi con il Patto per la Salute 2014-2016, ma la prima vera caratterizzazione degli Ospedali di Comunità avviene solo l'anno successivo con il D.M. Salute 70/2015, riguardante l'organizzazione ospedaliera.

Nel 2020 in Conferenza Stato-Regioni viene approvato l'atto normativo n. 3786 che ha delineato, in modo abbastanza completo, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Nel 2021, con l'approvazione del PNRR, che pone l'obiettivo di potenziare l'offerta dell'assistenza territoriale, il progetto degli Ospedali di Comunità si consolida definitivamente e l'anno successivo, con il decreto ministeriale n.77/2022 ne vengono fissati gli standard per l'organizzazione e il funzionamento.

Nella sua stesura originaria, il PNRR prevedeva, entro la metà del 2026, la realizzazione di 381 Ospedali della Comunità; successivamente, con il d.m. del 20 gennaio 2022, che stabiliva il riparto alle Regioni dei fondi del PNRR, il numero è stato elevato a 400.

Lo standard definito dal d.m. 77/2022 prevede un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Essendo una struttura a gestione prevalentemente infermieristica, all'interno di ciascun Ospedale devono operare: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Esattamente come per le Case della Comunità, anche nel caso degli OdC la gestione e l'attività svolte sono basate su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

CAPITOLO 3

La medicina di territorio nella Regione Veneto: analisi di contesto

3.1. L'evoluzione del Servizio Socio-Sanitario della Regione Veneto

La storia del sistema sociosanitario della Regione Veneto è caratterizzata da un'articolata stratificazione normativa. Appare, dunque, opportuno ripercorrere le tappe fondamentali di questo percorso evolutivo, cercando di condurre un'analisi che sia al contempo sintetica ed esaustiva.

La genesi dell'intero processo è da rinvenirsi nella legge 16 maggio 1970, n.281, ossia l'atto normativo che ha promulgato l'istituzione delle Regioni a Statuto ordinario; in materia di sanità, questa legge ha dato il via ad una graduale responsabilizzazione dell'Ente regionale, tanto che l'anno successivo, con la legge regionale 22 maggio 1971, n.340, viene approvato lo Statuto della Regione Veneto, nel quale, all'articolo 4 si può leggere, tra l'altro, che «[...] la Regione veneta esercita i proprio poteri: [...] per garantire a tutti i cittadini i servizi sociali, con particolare riguardo all'abitazione, alla scuola, alla tutela della salute, ai trasporti, alle attrezzature sportive».

La propensione all'utilizzo di un approccio integrato tra il sociale ed il sanitario emerge, dunque, fin da subito e si consolida negli anni immediatamente successivi all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (l. 833/1978), diventando un tratto peculiare del sistema sanitario del Veneto, chiamato per l'appunto Servizio Socio-Sanitario Regionale (SSSR).

Nel 1982, la legge regionale n.55, recante "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", da un contorno ancor più definito a questo indirizzo, andando a disciplinare l'intervento nel settore dell'assistenza sociale volto a garantire al cittadino il libero sviluppo della propria personalità e la sua partecipazione alla vita comunitaria. Nel primo articolo, la legge chiarisce che la finalità dell'intervento è quella di prevenire e ridurre progressivamente il bisogno assistenziale «[...] attraverso un complesso di servizi sociali, coordinati e integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale nonché attraverso prestazioni economiche» (L.R. n.55/1982, art. 1).

Gli anni Novanta rappresentato un momento di svolta nella riforma del Sistema sanitario, sia a livello nazionale che a livello regionale. L'approvazione del d.lgs.

502/1992 e le successive modifiche e integrazioni apportate dal d.lgs. 517/1993 ridisegnano il SSN secondo tra grandi direttrici: aziendalizzazione, separazione tra committenti e fornitori e regionalizzazione. Questo progetto di riforma, volto a favorire l'autonomia delle strutture sanitarie pubbliche e l'adozione di strumenti di gestione mutuati dal settore privato, determina, come prima novità, la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali⁹ (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di personalità giuridica pubblica e di un'ampia autonomia gestionale (Capano et al.,2020). Alle ASL vengono affidate funzioni di committenza¹⁰; questo significa che da allora, spetta alla singola ASL decidere quali servizi erogare in prima persona e quali invece commissionare a soggetti terzi.

L'altra grande novità introdotta dai decreti legislativi del '92 e del '93 riguarda poi il rafforzamento del livello regionale: alle Regioni, infatti, viene attribuita ampia discrezionalità nel programmare, organizzare e finanziare i servizi sanitari sul proprio territorio, con l'acquisizione da parte dei loro governi del controllo sulle ASL, di cui possono nominare i direttori generali.

In Veneto, l'intervento di riforma promosso dai due decreti sopracitati conduce, nel 1994, all'approvazione della legge regionale n.56, con la quale viene individuato e delineato l'impianto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale.

Di particolare rilevanza sono gli articoli 6 e 8; il primo definisce lo strumento deputato alla programmazione sociosanitaria, ossia il piano sociosanitario regionale (PSSR), mentre il secondo disciplina il sistema di delega dei servizi sociali e socioassistenziali da parte dei Comuni alle Aziende sanitarie¹¹ e introduce lo strumento dei piani di zona dei servizi sociali, con cui si governa il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali.

Nel testo della norma si legge:

⁹ Con l'istituzione del SSN, l'intero territorio nazionale era stato ripartito in oltre 600 unità sanitarie locali, che dipendevano dai Comuni.

Nella regione del Veneto le USL sono state chiamate Unità Locali Sociosanitarie perché, dalla loro fondazione, hanno avuto una funzione sia sociale che sanitaria.

¹⁰ In seguito all'istituzione delle Aziende Sanitarie Locali, per dare concreta applicazione al principio di separazione tra committenti e fornitori, i principali ospedali pubblici vengono scorporati dalle rispettive ASL e trasformati in Aziende Ospedaliere (AO), alle quali spetta il compito di erogare le prestazioni specialistiche.

¹¹ Nel testo normativo si utilizza la dicitura "Unità locali sociosanitarie", perché in realtà in Veneto non è mai utilizzata la denominazione ASL, bensì si utilizza la denominazione Azienda ULSS.

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali sociosanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale sociosanitario.
2. La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali sociosanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali che vengono elaborati ed approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale sociosanitaria coincida con quello del comune o dalla conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano sociosanitario regionale. (Regione Veneto, Legge regionale 14 settembre 1994, n.56, art.8, commi 1-2).

Dunque, all'interno del contesto delineato dalla norma in questione, il processo di pianificazione e individuazione delle deleghe che i Comuni offrono alle ULSS, uniti allo studio dei bisogni della popolazione e all'individuazione delle risorse, prende forma attraverso lo strumento dei piani di zona.

La struttura organizzativa del sistema sanitario veneto da subito si differenzia sia nella macrostruttura che in ambito aziendale: l'integrazione sociosanitaria, che si ispira a una visione della salute quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, è visibile non solo nel nome delle Aziende ("Sociosanitarie" anziché solo "Sanitarie" come nella precedente dicitura e come avverrà in altre Regioni) ma anche nei fatti con la presenza in ogni Azienda ULSS, oltre che del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, di un Direttore dei Servizi Sociali (Fuolega, 2012).

Nel 1999, con la Riforma Bindi (d.lgs. 229), si apre una nuova stagione di riforma per la sanità pubblica; il d.lgs. 229/1999, oltre a prevedere una riduzione dei finanziamenti ospedalieri a favore del territorio e a rafforzare il processo di regionalizzazione del SSN, stabilisce per la prima volta l'introduzione nello scenario nazionale dei LEA, ossia i livelli essenziali di assistenza¹². Si tratta di prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. Queste prestazioni devono essere uniformi, quindi fornite a tutti i cittadini, senza differenze di reddito,

¹² I LEA sono stati formalmente definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, a seguito dello specifico accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001; sono poi entrati in vigore il 23 febbraio 2002.

provenienza, religione, etnia, sesso o altro, ed essenziali, ossia devono dimostrare «per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impegnate» (D.lgs. 229/1999, art.7).

Il d.lgs. 229/1999 prevede che le prestazioni garantite secondo i livelli essenziali di assistenza facciano capo a tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli, assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale. Queste aree di intervento assistenziale in cui sono ripartiti i LEA coincidono con le rispettive macrostrutture in cui sono articolate le Aziende sanitarie locali, ossia dipartimento di prevenzione, ospedale e distretto sociosanitario¹³. A quest'ultimo in particolare, la Riforma Bindi dedica molta attenzione, andandone a definire i contorni e le funzioni, ma lasciando alle Regioni il compito di determinarne le forme organizzative (QuotidianoSanità, 2011).

Nel 2000, la legge n.328, la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", pone la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale nei Comuni, identificandoli, insieme alle Regioni, come pilastro del welfare locale. L'articolo 8 della legge affida alle Regioni un'importante compito di indirizzo e controllo, affermando che «le Regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi» (L. 328/2000, art.8).

Sulla scia di quanto disposto dal legislatore nazionale, nel 2001 la Regione Veneto, con la legge n.11, dà attuazione alle discipline introdotte in materia di organizzazione sanitaria (d.lgs. 229/1999) e di servizi sociali (l. 328/2000).

In particolare, la legge 11/2001, che si occupa nel dettaglio del riparto delle funzioni amministrative tra Regione e Autonomie Locali, individua nell'Unità locale sociosanitaria l'ente deputato alla realizzazione dell'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

¹³ Sarà poi la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3, che riforma il Titolo V della Costituzione, a stabilire che siano le Regioni ad assumere l'incarico di organizzare le strutture ed i servizi sanitari e a adottare misure organizzative e strutturali tali da permettere che le prestazioni incluse nei LEA siano erogabili nelle modalità e nei regimi appropriati, in modo da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

L'anno successivo, la legge regionale 16 agosto 2002, n.22, individua i requisiti indispensabili all'autorizzazione all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale di strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, verificando che «[...] l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, sia erogata in condizioni di efficacia ed efficienza, nonché di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini e sia appropriata rispetto ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona» (L.R. n.22/2002, art.1).

In sostanza, questa norma definisce una procedura che, se conclusa positivamente, permette ad attori pubblici e privati di accedere alla possibilità di svolgere attività sanitarie, sociosanitarie e sociali per conto del Servizio Sociosanitario Regionale. La legge regionale 22/2002 si configura come uno degli strumenti attraverso cui la Regione del Veneto ha inteso promuovere lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Il secondo decennio degli anni 2000 si caratterizza per essere un altro periodo denso di riforme e cambiamenti per la sanità pubblica e in particolare per il Servizio Sociosanitario Regionale del Veneto.

Nel 2012 il decreto-legge n.158, cosiddetto "decreto Balduzzi", (convertito in legge tramite l'atto normativo n.189/2012) opera un riordino del SSN, disponendo soprattutto in merito all'organizzazione della medicina territoriale. In tema di riforma delle cure primarie, la nuova legge riorganizza l'assistenza territoriale prevedendo la realizzazione di aggregazioni monoprofessionali di assistenza primaria (AFT, Aggregazioni Funzionali Territoriali) e di Unità operative multiprofessionali (UCCP, Unità Complesse di Cure Primarie), che hanno il compito di sviluppare delle reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, nell'ottica di creare e fornire servizi aperti al pubblico h24 e, contestualmente, decongestionare l'attività dei reparti di Pronto Soccorso.

Lo stesso anno, la Regione Veneto approva con legge regionale n. 23/2012 il nuovo Piano Sociosanitario Regionale (PSSR) per il quinquennio 2012-2016, il quale pone l'integrazione sociosanitaria e quella tra ospedale e territorio al centro delle politiche sociosanitarie regionali con il «riconoscimento della persona nella sua globalità e in rapporto con i propri contesti di vita» (Regione Veneto, 2012: 36). Gli obiettivi principali del PSSR sono sostanzialmente due: quello di ridisegnare l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera in una logica di rete integrata, suddividendo le funzioni degli

ospedali a seconda delle caratteristiche dei bisogni, e quello di agire a livello territoriale tramite il potenziamento dell'assistenza nel territorio e il rafforzamento del Distretto sociosanitario, come punto di riferimento per i cittadini. Tali strategie si sintetizzano in quella che viene definita "filiera dell'assistenza territoriale", continua e fondata sui bisogni della persona.

Dunque, il nuovo modello prefigurato dal PSSR è centrato sulla presa in carico "proattiva" e integrata del paziente cronico, sulla continuità assistenziale e sulla condivisione di percorsi di cura e di accesso ai servizi sociosanitari (Rebba, 2013).

La filiera assistenziale vede l'attivazione di COT (Centrali Operative Territoriali), Strutture Intermedie e Medicine di Gruppo Integrate (MGI) territoriali, come strumenti per rendere efficaci i percorsi assistenziali (dimissioni protette, PDTA, ossia percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali) che vadano a rimodulare l'offerta assistenziale in termini di accessibilità e di conseguimento degli obiettivi di salute.

In particolare, le Medicine di Gruppo Integrate, come definite della Deliberazione della Giunta Regionale n.953 del 18 giugno 2013, sono organizzazioni strutturali (team multiprofessionali) costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che erogano un'assistenza globale, centrata sulla persona, e continua h24, 7 giorni su 7; le MGI sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto sociosanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità (Regione Veneto, 2013).

Nel sistema veneto la Medicina di Gruppo Integrata – che si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla legge n.189/2012 – ha sostituito l'UTAP, ossia l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria, sancita con la DGR n. 4395 del 30 dicembre 2005, la quale, all'epoca, si presentava come una forma integrativa sperimentale di assistenza sanitaria e sociosanitaria, che aveva lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi e la continuità dell'assistenza.

Sarà però la DGR n.751 del 14 maggio 2015 che, a fronte dell'accordo tra la Regione e le organizzazioni sindacali della medicina generale convenzionata, darà il primo vero slancio alla realizzazione delle MGI sul territorio.

L'attenzione posta, all'interno del PSSR 2012-2016, nei confronti delle forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria, denota chiaramente la volontà della Regione di individuare nel territorio "la propria scelta operativa strategica" e di fornire alla

persona un'assistenza completa e continua, ponendo come vincolo pregnante per il sistema sanitario regionale "l'umanizzazione delle cure" (Regione Veneto, 2012: 5).

All'art. 16, infatti, si legge:

La Giunta regionale promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e sociosanitaria, in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo le parti sociali, i soggetti e le organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre, assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative. (Regione Veneto, legge regionale 29 giugno 2012, n.23, art.16).

Dal punto di vista organizzativo, all'epoca della legge regionale n.23/2012, il sistema sociosanitario veneto si caratterizza per la presenza di Aziende ULSS relativamente piccole (in totale 21, con un bacino medio d'utenza di circa 230 mila persone), le quali però includono sia i servizi territoriali che ospedalieri (le uniche Aziende Ospedaliere in Veneto sono i policlinici universitari di Padova e Verona); questa scelta è finalizzata a favorire l'integrazione ospedale-territorio.

Inoltre, la Regione presenta un'organizzazione territoriale molto articolata con distretti "forti", che costituiscono il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda Ulss e la sede di gestione e coordinamento operativo e organizzativo dei servizi sanitari e sociosanitari di livello primario nel territorio.

Nel 2016, questo assetto subisce un'importante modifica con l'approvazione della legge regionale n.19, che istituisce il nuovo ente di governance della sanità regionale denominato Azienda Zero.

L'art.1 della legge riporta che Azienda Zero è istituita: «per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale» e si configura come «ente del servizio sanitario regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile» (L.R. n.19/2016, art.1).

La nuova Azienda Zero, prestando supporto all'attuazione degli indirizzi regionali in materia sanitaria e sociosanitaria, è responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

(GSA)¹⁴, prevista dal d.lgs. 118/2011, ed ha il compito di centralizzare gli acquisti e seguire le procedure di selezione del personale, la gestione delle assicurazioni, gli uffici di relazione con il pubblico, la razionalizzazione del sistema logistico e la gestione del contenzioso del lavoro e di quello sanitario (Regione Veneto, 2016).

L'innovazione introdotta dalla legge regionale n.19/2016 riguarda soprattutto la struttura organizzativa del Servizio sociosanitario regionale: la legge sancisce la riduzione del numero di Aziende ULSS da 21 a 9.

Di seguito si riporta la mappa dell'organizzazione territoriale delle Aziende ULSS in Veneto a decorrere dal 1° gennaio 2017.



Figura 6: Mappatura delle Aziende ULSS in Veneto prevista dalla L.R. 19/2016.

Tratto da: https://www.smettintempo.it/107_5/mappa-ambulatori.ashx

L'esito della riforma è che le 9 ULSS in cui è suddiviso il territorio veneto sono ora estremamente eterogenee per popolazione, territorio e numero di ospedali: si passa,

¹⁴ La Gestione sanitaria accentrata (GSA) è uno specifico centro di responsabilità che gestisce direttamente «una quota del finanziamento del servizio sanitario regionale» e procede «all'implementazione e alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali» (D.lgs. 118/2011, art.22, comma 1).

infatti, da ULSS con 200.000 abitanti sino ad ULSS di 1 milione circa di abitanti. Va inoltre ricordato che le ULSS provinciali di Padova e Verona hanno come ulteriore peculiarità quella di avere all'interno dei loro territori le due Aziende Ospedaliere Universitarie. Il territorio delle vecchie ULSS diventa territorio distrettuale (per cui, ad esempio, il territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica presenta due distretti, il Distretto Est e il Distretto Ovest, che corrispondono rispettivamente all' ex ULSS 6 e all'ex ULSS 5).

Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, la L.R. 19/2016 conferma sia le figure dei Direttori dei Servizi Sociali (con la nuova denominazione di Direttori dei Servizi sociosanitari) che la Conferenza dei Sindaci, organizzata a livello distrettuale; quest'ultima, ora denominata Comitato dei Sindaci del Distretto, mantiene un ruolo chiave nella disposizione dei Piani di Zona e concorre inoltre a valutare l'operato dei Direttori Generali delle ULSS.

La soppressione di 12 Aziende ULSS desta non poche perplessità; in particolare, vengono criticati i criteri con cui è stato ripartito il territorio, da molti ritenuti disomogenei (Beltramello, 2017). Se da un lato, infatti, vi era certamente la necessità di eliminare alcune ULSS che contavano meno di 100.000 abitanti, dall'altro «sarebbe stato più razionale ragionare su quale potesse essere il livello aggregativo ottimale e, una volta stabilito, applicarlo uniformemente» (*Ibidem*). Ad eccezione delle due Province di Belluno e Rovigo caratterizzate da densità di popolazione relativamente scarsa (200.000 abitanti circa), tutte le altre Province venete sono sovrapponibili per territorio e popolazione (900.000 abitanti circa). Pertanto, la creazione di tre ULSS provinciali per le zone di Treviso, Padova e Verona (rispettivamente ULSS 2 Marca Trevigiana, ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera) e di due ULSS per ciascuna delle due province di Venezia e Vicenza (ULSS 3 Serenissima e ULSS 4 Veneto Orientale per Venezia; ULSS 8 Berica e ULSS 7 Pedemontana per Vicenza) risulta poco comprensibile e dimostra di fatto non si è utilizzato un unico modello di riferimento.

I principi sanciti in materia di programmazione sociosanitaria e di sviluppo del sistema di Cure Primarie quale referente centrale del SSSR, vengono ribaditi con forza anche nel Piano sociosanitario regionale 2019-2023, approvato con la legge regionale n.48 del 28 dicembre 2018.

Il PSSR 2019-2023 è orientato, in modo ancor più risoluto rispetto al passato, a perseguire gli obiettivi di salute tramite la costruzione di un modello integrato di cura e assistenza. Nell'introduzione al piano, infatti, si legge:

La prosperità futura di ogni persona e della Regione nel suo complesso dipenderà dalla capacità delle politiche di porre al centro l'obiettivo Salute fondato sul coinvolgimento attivo del singolo e della collettività per cogliere nuove opportunità di miglioramento della salute e del benessere delle generazioni presenti e a venire.

A tal fine è necessario che la Regione del Veneto adotti un approccio multisettoriale che coinvolga la pluralità delle politiche di promozione della salute che favoriscano la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali.

(Regione Veneto, Piano sociosanitario regionale 2019-2023, 2018: 9).

Come detto, il Piano consolida il ruolo dell'assistenza territoriale quale centro nevralgico del sistema sociosanitario regionale, ribadendo che:

La prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l'assistenza primaria costituisce il "contatto" più immediato e frequente per l'assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice. Per questo motivo le Medicine di Gruppo e i team multiprofessionali dell'Assistenza primaria, diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il punto di riferimento per le comunità [...].

(Regione Veneto, 2018: 94).

Con il PSSR 2019-2023 viene anche ridefinito il ruolo del Distretto sociosanitario, da sempre centrale nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali nel territorio. Attualmente sono presenti 26 Distretti sociosanitari nel territorio veneto, i quali si configurano come articolazioni delle Aziende sanitarie deputate a fare valutazioni di sintesi tra i bisogni di salute della popolazione di riferimento e l'offerta di servizi dell'Azienda.

Il PSSR stabilisce che gli obiettivi strategici del Distretto sono:

1. analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (case mix), decodificando i bisogni e trasformandoli in domande, definendone livelli di complessità assistenziale e modelli organizzativi più efficaci/efficienti, nonché identificando i luoghi di cura più appropriati;
2. definire ed attuare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la multimorbilità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma in integrazione con il livello ospedaliero, adottando piani integrati di cura per i pazienti complessi;

3. garantire l'assistenza h 24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra tutti i soggetti preposti alla presa in carico.
(Regione Veneto, 2018: 93).

Oltre a questo, il PSSR specifica che il Distretto deve diventare «il soggetto “gestore” di alcune categorie di bisogno complesso, sviluppando una importante competenza clinica e, al contempo, una competenza organizzativa in grado di ricomporre e gestire i percorsi» (Regione Veneto, 2018: 93).

Alle Aziende ULSS, invece, il piano sociosanitario affida il compito di assicurare la presa in carico globale della persona nei diversi contesti sociosanitari, sviluppando percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi nonché un utilizzo appropriato ed equo delle risorse. Pertanto, le Aziende ULSS devono occuparsi di adeguare (o attivare nei casi in cui non sia stato fatto) le Medicine di Gruppo Integrate, prevedendo per quest'ultime «compiti aggiuntivi legati all'accessibilità, alla presa in carico della cronicità, all'assistenza domiciliare, dimensionate rispetto alla popolazione residente, con risorse aggiuntive e con attività monitorate secondo indicatori di struttura, processo e esito concordati a livello regionale» (*Ibidem*: 92).

Al fine di favorire la diffusione di un “sistema-salute” che tuteli e promuova la salute individuale e di comunità, soprattutto a fronte dell'aumento esponenziale delle malattie croniche non trasmissibili (MCT), il PSSR riconosce il ruolo centrale della prevenzione, individuando nel Dipartimento di Prevenzione uno degli assi portanti delle Aziende ULSS, « il nodo strategico garante di una forte e valida collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'Azienda ULSS, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico della realtà veneta» (*Ibidem*: 32).

Il PSSR 2019-2023, dunque, sostiene in campo sociosanitario una strategia basata sul valore del lavoro intersettoriale e multiprofessionale, che si realizza tramite il coordinamento e la sinergia dei vari nodi della rete dei Servizi che si prendono cura della comunità.

Il 17 novembre 2020, con la Deliberazione della Giunta regionale n.1529, viene approvato il PRRR (Piano Regionale di Ripresa e Resilienza) della Regione Veneto, con il quale vengono introdotte alcune importanti novità, soprattutto in tema di assistenza

territoriale; in Veneto, infatti, con i 585 milioni stanziati per la sanità, è stata disposta la realizzazione di 99 Case della Comunità, 30 Ospedali della Comunità e 49 Centrali Operative Territoriali, che andranno ad implementare in modo sostanziale la dotazione già esistente (Regione Veneto, 2022).

Cercando di riassumere quanto previsto dal progetto di riforma, la *mission* è sempre quella di garantire prestazioni assistenziali continue e di qualità in tutto il territorio, andando a ridurre la quota di accessi impropri al Pronto Soccorso e andando a sgravare l'ospedale di tutta una serie di servizi (come, ad esempio, prelievi, screening, monitoraggio della cronicità, visite specialistiche per le patologie ad elevata prevalenza), che verranno condotti dalle strutture territoriali. Gli studi di medici di famiglia e pediatri di libera scelta non associati resteranno ma diventeranno "spoke" delle Case di Comunità, quindi delle articolazioni di quest'ultime che andranno ad accogliere i pazienti 12 ore al giorno, dal lunedì al sabato.

L'obiettivo è quello di creare una rete connessa di servizi che spazino dall'ambito sociale a quello sanitario, in modo da garantire l'appropriatezza delle cure e facilitare la transizione verso il proprio domicilio dei pazienti dimessi dagli ospedali, fornendo reale supporto alle famiglie e ai caregiver nell'organizzazione della loro presa in carico. Prima di procedere con l'analisi dei modelli di assistenza in cui è organizzata la sanità della Regione Veneto, è utile soffermarsi sulla comprensione dell'attuale scenario demografico ed epidemiologico del territorio.

3.2. Profilo demografico ed epidemiologico della popolazione veneta

Al 1° gennaio 2022, la popolazione del Veneto si attesta attorno ai 4.854.633 abitanti di cui 2.384.557 (49%) maschi e 2.470.076 femmine (51%), con una diminuzione di 15.197 residenti rispetto all'anno precedente (Regione Veneto, 2022).

La quota di popolazione anziana è in continuo aumento: solo nell'ultimo decennio l'indice di vecchiaia è passato da 144% nel 2013 a 189% nel 2022. Questo significa che attualmente, nella Regione, ci sono 189 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovanissimi.

Il bilancio demografico del 2021 presenta un saldo migratorio positivo pari a 6.120 residenti, ma un saldo naturale che continua ad essere negativo (-21.317 persone). In tutte le province il saldo generale, che è determinato dal saldo naturale più il saldo

migratorio, è negativo, perché il saldo migratorio positivo non riesce a compensare il saldo naturale negativo (Azienda Zero & SER, 2022).

La speranza di vita continua a crescere ed è maggiore soprattutto per le donne. Il vantaggio femminile permane anche in relazione alla speranza di vita a 65 anni: secondo i dati raccolti nel 2018, le donne guadagnano in media 4,3 anni di vita in più rispetto agli uomini, arrivando ad avere un'aspettativa di vita di 87,7 anni contro gli 84,4 degli uomini (IRES Veneto, 2021).

La ripartizione della popolazione residente nelle varie ULSS è la seguente:

Tabella 2: Popolazione residente in Veneto al 1° gennaio 2022 per ULSS di residenza: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera.

Azienda ULSS di residenza	N	0-14 anni	15-64 anni	65 o più anni	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
1-Dolomiti	198.518	11,1%	61,4%	27,5%	247,4	6,1%
2-Marca Trevigiana	876.755	13,1%	63,8%	23,1%	175,6	10,3%
3-Serenissima	613.802	11,7%	62,6%	25,7%	219,6	11,4%
4-Veneto orientale	225.594	12,0%	63,4%	24,6%	205,5	9,6%
5-Polesana	231.491	10,6%	62,2%	27,2%	257,6	8,6%
6-Euganea	928.504	12,5%	64,0%	23,5%	187,9	10,5%
7-Pedemontana	361.257	12,9%	63,9%	23,1%	179,1	7,5%
8-Berica	491.604	13,0%	64,5%	22,5%	173,9	10,8%
9-Scaligera	927.108	13,3%	64,1%	22,6%	170,0	12,5%
Veneto	4.854.633	12,6%	63,6%	23,8%	189,3	10,5%

Tratto da: Azienda Zero & UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri [SER], *Relazione Socio-Sanitaria 2022 della Regione del Veneto – Salute e ricorso ai Servizi, 2022: 13.*

Sotto il profilo epidemiologico, la Regione Veneto è pienamente in linea con il trend nazionale relativo all'aumento delle malattie cronico-degenerative. Fatta eccezione per il biennio 2020 -2021, in cui si sono potuti osservare picchi elevati di mortalità in corrispondenza delle diverse ondate di Covid-19, in Veneto la maggior parte dei decessi sono imputabili a tumori e malattie del sistema circolatorio, come dimostrano i dati raccolti dal Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (SER) per gli anni 2016-2019. In particolare, la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio nelle donne e dai tumori negli uomini (Fedeli et. al, 2021).

Si stima che in Veneto nel 2021 siano stati diagnosticati 33.275 nuovi casi di tumore maligno, di cui 17.722 negli uomini e 15.553 nelle donne. Per quanto riguarda gli uomini, a partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione (-1,7% all'anno), mentre per le donne l'incidenza è rimasta costante dalla fine degli anni '90. In entrambi i sessi, il tasso di sopravvivenza è fortemente correlato con l'età dei pazienti (Azienda Zero & SER, 2022).

Tra le altre malattie più frequenti vi sono le malattie dell'apparato respiratorio (asma e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, BPCO) e le malattie endocrine (diabete mellito e ipotiroidismo).

A causa dell'invecchiamento della popolazione, poi, una proporzione crescente di decessi è attribuita a disturbi psichici e malattie del sistema nervoso. I disturbi psichici e comportamentali sono per lo più rappresentati dalle demenze (demenza senile o non specificata, demenza vascolare). Le malattie del sistema nervoso, invece, includono l'Alzheimer, la malattia di Parkinson, e malattie degenerative senili o non specificate (Dotto et. al, 2019).

Nella Regione Veneto, nel 2021 sono risultate affette da demenza 64.536 persone; il 69% è di sesso femminile, e la maggior parte (98%) ha un'età superiore ai 65 anni. I tassi di prevalenza aumentano significativamente con l'età.

Relativamente alle demenze, tra il 2018 e il 2019 vi è stato un incremento di quasi 2.000 assistiti, mentre si è osservata una riduzione significativa negli anni 2020-2021, anche come conseguenza della pandemia da COVID-19 (Azienda Zero & SER, 2022).

Sempre nel 2021 sono risultate affette da morbo di Parkinson oltre 17.700 persone, la maggior parte delle quali (89,7%) ha un'età superiore ai 65 anni ed è prevalentemente di sesso maschile (53%). Anche in questo caso, come per le demenze, i tassi di prevalenza aumentano progressivamente con l'età, con la differenza che qui sono nettamente superiori nei maschi in tutte le classi d'età

La Regione presenta, inoltre, un alto tasso di incidenza delle malattie mentali.

Fatta salva la considerazione che spesso i pazienti affetti da malattie mentali hanno più diagnosi psichiatriche compresenti, in Veneto, la patologia psichiatrica più diffusa è la depressione (circa 37.000 pazienti). La prevalenza è nettamente superiore tra le donne in tutte le classi di età e cresce progressivamente fino ai 75-84 anni, dove si nota maggiormente la differenza tra i sessi; quasi il 42% dei soggetti di sesso femminile con diagnosi di depressione ha un'età superiore o uguale a 65 anni.

Si contano, inoltre, circa 13.700 soggetti colpiti da disturbo bipolare, con una prevalenza maggiore sempre nel sesso femminile. La forbice tra i sessi tende ad allargarsi progressivamente con l'età, fino ai 75 anni; tra le donne affette da disturbo bipolare, il 35% è ultrasessantacinquenne, in confronto al 25,8% degli uomini.

Elevato è anche il numero di diagnosi di schizofrenia che interessa circa 24.000 residenti in Veneto, con un andamento stabile nel tempo che ha visto una lieve flessione solo nel 2021. In questo caso, la prevalenza fino ai 55 anni è nettamente più alta tra gli uomini, mentre dopo i 55 anni questa tendenza si inverte (*Ibidem*).

In base ai codici di diagnosi riportati nei flussi informativi sanitari relativi all'anno 2019, un terzo della popolazione complessiva del Veneto (34,1%) presenta almeno una malattia cronica; tra essi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% due patologie croniche compresenti, il 7,5% cinque o più patologie (Dotto et al., 2020).

Considerando l'aumento dell'aspettativa di vita e i miglioramenti dei trattamenti di diagnosi e cura, ci si deve attendere una crescita sensibile di queste quote negli anni a venire.

3.3. Analisi dei modelli di assistenza in Veneto

Il sistema delle cure in Veneto è articolato per livelli di intensità crescente e prevede che vengano garantite le cure a media e bassa complessità secondo il criterio di prossimità, mentre quelle ad alta complessità secondo il criterio di centralizzazione (Regione Veneto, 2019).

Di seguito si andranno ad analizzare i tre diversi comparti assistenziali in cui è organizzata la sanità regionale: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale e l'assistenza sociosanitaria.

3.3.1. L'assistenza ospedaliera

L'ospedale si qualifica come il luogo privilegiato della medicina specialistica e per molto tempo, sulla scia di quanto professato dal modello biomedico, è stato considerato il centro inamovibile di ogni sistema sanitario.

Negli ultimi anni in Veneto, l'adozione di una strategia improntata alla valorizzazione della medicina territoriale ha portato l'ospedale a configurarsi sempre di più come il

luogo di cura dedicato alla sola fase acuta del percorso assistenziale e ciò è testimoniato, tra l'altro, da un tasso di ospedalizzazione tra i più bassi in Italia¹⁵ (Regione Veneto, 2019).

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Servizio Sociosanitario Regionale (SSSR) attraverso un complesso di prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si trovano: la degenza ordinaria, il day hospital, il day surgery, la riabilitazione, la lungodegenza e il Pronto soccorso.

Il Piano Sociosanitario Regionale 2012-2016 aveva previsto una suddivisione dell'assistenza ospedaliera in due livelli, denominati hub e spoke; questo indirizzo è stato ampiamente confermato con il PSSR 2019-2023.

La definizione del modello di rete "Hub and Spoke" è stata sviluppata in coerenza con quanto previsto dal decreto ministeriale n.70/2015 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"), il quale ha stabilito i parametri di riferimento relativamente ai volumi e agli esiti dell'assistenza ospedaliera con riferimento a specifiche aree di attività.

Gli ospedali Hub rappresentano il vertice della piramide organizzativa per il territorio di riferimento. Essi sono dotati di sistemi specialistici di base e di medio livello, ma anche soprattutto di specialità avanzate e complesse, in grado di fornire servizi diagnostici e terapeutici ad alta complessità. Gli ospedali hub, infatti, vengono denominati "centri di eccellenza", proprio perché qualificati dalla presenza di personale altamente specializzato e di dotazioni tecnologiche innovative, che garantiscono la competenza necessaria per la gestione delle casistiche più complesse.

I centri spoke, invece, vengono definiti centri a "media intensità di intervento", poiché dotati di sistemi di Pronto Soccorso e specialità di base, come chirurgia generale o interna, e di servizi di diagnosi. I centri spoke, agendo a livello periferico, con un raggio di azione più ristretto rispetto ai centri hub, assumono la funzione di ospedali di riferimento territoriale per le patologie a media e bassa complessità.

Secondo quanto indicato dal Piano Sociosanitario Regionale 2019-2023 e dalla successiva classificazione delle strutture ospedaliere stilata con la DGR n.614 del 14

¹⁵ Negli anni tra il 2015 e il 2019 il tasso di ospedalizzazione in Veneto si attestava intorno a 130 ricoveri per 1.000 abitanti. Nel periodo pandemico è diminuito a 109, con una timida ripresa nel corso del 2021. La decrescita che si è verificata tra il 2019 e il 2020 è dovuta soprattutto alla riorganizzazione dell'attività nei reparti per acuti e alla sospensione dell'attività programmata richiesta dalla Regione in conseguenza dello scoppio della pandemia (Azienda Zero, 2022).

maggio 2019, le tipologie di strutture ospedaliere che caratterizzano la rete dei luoghi di cura regionale sono:

- 5 Ospedali Hub con bacino di popolazione di circa 1 milione di abitanti; di questi, l'Azienda Ospedale-Università di Padova (AOU) e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) sono individuate come Hub di eccellenza di rilievo regionale e nazionale, mentre gli altri tre (Ospedale di Treviso, Ospedale di Mestre e Ospedale di Vicenza) hanno rilevanza provinciale;
- 2 Ospedali di rilievo provinciale identificati come Hub (Rovigo e Belluno) per le specialità assegnate in coerenza con il citato d.m. 70/2015;
- l'Istituto Oncologico Veneto è individuato come Hub di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica;
- Ospedali presidi di rete (Ospedali Spoke) con bacino di popolazione di circa 200.000 abitanti; di questi 18 sono strutture pubbliche, mentre 2 sono strutture private accreditate;
- Ospedali nodi di rete, che si qualificano come strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico; questi si dividono in ospedali di base (2 ospedali pubblici) e ospedali di base in zona disagiata (5 ospedali pubblici e 1 ospedale privato accreditato);
- Strutture private accreditate integrative della rete; anche qui vi è una distinzione tra presidi ospedalieri a valenza sul distretto aziendale (3 ospedali privati accreditati) e strutture private accreditate integrative della rete ospedaliera regionale (10 ospedali privati accreditati);
- Strutture riabilitative integrative della rete ospedaliera; la distinzione in questo caso è tra strutture monospecialistiche di riabilitazione psichiatrica (4 ospedali privati accreditati) e strutture di riabilitazione (9 ospedali pubblici e 7 ospedali privati accreditati).

In totale si tratta di 69 strutture ospedaliere, 42 pubbliche e 27 accreditate.

Per garantire la continuità assistenziale, per facilitare la transizione del paziente presso il proprio domicilio dopo la dimissione dall'ospedale, e per accogliere pazienti affetti da malattie terminali che necessitano di cure non erogabili direttamente presso il domicilio, il sistema veneto, prevede, accanto alle strutture ospedaliere sviluppate

secondo il modello “Hub e Spoke”, anche le strutture sanitarie di cure intermedie quali Ospedali di Comunità, Unità riabilitative territoriali, Hospice, strutture riabilitative extra ospedaliere (ex art. 26 l. 833/1978), comunità terapeutiche riabilitative e altre strutture sanitarie caratterizzate dalla temporaneità della permanenza.

Il modello “Hub and Spoke”, dunque, si qualifica come struttura portante dell’organizzazione dell’assistenza ospedaliera veneta; al suo interno vanno definite e strutturate le reti cliniche, le quali configurano «un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi» (QuotidianoSanità, 2018).

Le reti cliniche agiscono a livello locale e regionale e vengono implementate per patologia; pertanto, tra le reti cliniche si possono annoverare la rete oncologica, quella per le emergenze cardiologiche, la rete per il trauma, la rete ictus, e ancora la rete trapianti, la rete di medicina trasfusionale, la rete di riabilitazione, la rete per le emergenze pediatriche e neonatali, eccetera.

Componente essenziale delle reti cliniche sono i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), i quali vengono sviluppati in relazione ad una determinata patologia o problema clinico e della cui realizzazione si fanno carico le stesse reti clinico-assistenziali.

I PDTA sono strumenti che, sulla base delle migliori conoscenze tecnico-scientifiche e in relazione alle risorse disponibili, permettono all’Azienda sanitaria di delineare il miglior percorso praticabile all’interno della propria organizzazione. Essi possono tracciare l’intero percorso di cura del paziente (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA) oppure una o più fasi del percorso stesso (Percorso Diagnostico Terapeutico – PDT; Percorso Integrato di Cura – PIC). La logica di fondo che guida il processo di definizione dei PDTA è sempre quella dell’integrazione tra ospedale e territorio.

Accanto ai PDTA, vengono definiti i Piani Assistenziali Individuali (PAI), che sono piani personalizzati rivolti al singolo individuo. I Piani Assistenziali Individuali sono, sostanzialmente, i documenti di sintesi che raccolgono e descrivono, in ottica multidisciplinare, le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l’intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. La differenza

rispetto ai PDTA è che mentre questi tendono ad uniformare e standardizzare gli approcci di cura in base a determinate categorie di pazienti, i PAI mirano a personalizzare la cura, adattandola alle esigenze del singolo (Mori, 2018).

Dunque, secondo quanto espresso nel PSSR 2019-2023:

La necessità di ricomporre l'offerta dei servizi intorno alla persona rende necessario sviluppare le reti cliniche in modo da garantire per ciascun bacino di riferimento la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di "personalizzazione", avvantaggiandosi rapidamente delle innovazioni cliniche, tecniche e tecnologiche e consentendo di prevedere percorsi per pazienti complessi pluri-patologici, sviluppati sulla base dei bisogni, secondo il criterio di una risposta appropriata, personalizzata ed efficace, nei luoghi di maggior prossimità del paziente e del contesto familiare. (Regione Veneto, Piano Sociosanitario regionale 2019-2023, 2018: 50).

Nel 2021 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 564.050 dimissioni; nel biennio 2020-2021, in relazione alle misure di contenimento della pandemia da Covid-19, che hanno comportato una riorganizzazione dell'attività dei vari reparti, si è verificata una consistente contrazione dei ricoveri ospedalieri. Per contro, la durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti negli ultimi due anni è leggermente aumentata rispetto al periodo precedente, principalmente a causa dei ricoveri legati alle infezioni da Covid-19 (Azienda Zero & SER, 2022).

Nella Regione Veneto l'accesso del paziente alle strutture ospedaliere avviene nel 33% dei casi dal Pronto Soccorso, per il 4% dopo una permanenza in Osservazione Breve Intensiva¹⁶(OBI), per il 10% su proposta del MMG, e da Unità Riabilitative Territoriale e Ospedali di Comunità nel 13% dei casi (IRES Veneto, 2021).

Il fatto che la gran parte degli accessi in ospedale avvenga attraverso il Pronto Soccorso, mettendo in luce la questione dell'elevata frequenza degli accessi impropri, rivela, in qualche modo, la situazione di difficoltà che sta affliggendo il comparto dell'assistenza primaria a livello territoriale.

Per quanto riguarda il numero di posti letto, invece, mediamente quelli disponibili in Veneto nel corso del 2021 ammontano a 14.877, con una diminuzione di circa 850 posti letto (5,4%) rispetto al dato relativo al periodo pre-pandemico (2019). Durante il

¹⁶ L'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) è un'area dedicata all'osservazione e alla degenza temporanea, che consente un'assistenza sub-intensiva di tipo diagnostico-terapeutico.

2021, come conseguenza della pandemia, sono più che raddoppiati i posti letto delle terapie intensive, dei reparti di malattie infettive, e di reparti di pneumologia, mentre, contestualmente, sono stati ridotti i posti letto dell'area chirurgica, materno-infantile e di lungodegenza (*Ibidem*).

Nella tabella 3 sono riportati i numeri e le variazioni percentuali dei posti letto in Veneto nel triennio 2019-2021, considerando le strutture ospedaliere pubbliche e quelle private accreditate.

Tabella 3: Posti letto per Area Funzionale e tipo ospedale in Veneto, anni 2019-2021.

Posti letto (Media gennaio – dicembre)					
Tipo struttura/Area	2019	2020	2021	var % 2019-2020	var % 2019-2021
1-Pubblico					
1.Area MEDICA	5.656	5.815	5.777	2,8	2,2
2.Area CHIRURGICA	3.405	3040	2837	-10,7	-16,7
3.Area TERAPIE INTENSIVE	705	810	792	15,0	12,3
4.Area MATERNO- INFANTILE	1540	1416	1331	-8,0	-13,6
5.Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	1388	1057	747	-23,9	-46,2
Totale	12.694	12.139	11.484	-4,4	-9,5
2-Privato					
1.Area MEDICA	745	889	870	19,4	16,8
2.Area CHIRURGICA	502	542	516	8,0	2,8
3.Area TERAPIE INTENSIVE	35	39	40	10,5	13,0
4.Area MATERNO- INFANTILE	25	42	34	71,2	38,3
5.Area RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	817	813	843	-0,5	3,2
Totale	2124	2326	2303	9,5	8,4

Tratto da: *Regione Veneto, Relazione Socio-Sanitaria 2022 della Regione del Veneto – Salute e ricorso ai Servizi, 2022: 147.*

3.3.2 L'assistenza territoriale

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il sistema delle Cure Primarie costituisce il primo punto di contatto del cittadino con il sistema sanitario.

In particolare, nel processo di integrazione tra l'ospedale e il territorio il ruolo delle Cure Primarie è fondamentale «perché contribuisce a rendere più fluido il passaggio del paziente tra i vari *setting* assistenziali» (IRES Veneto, 2021: 40).

Figure centrali dell'assistenza primaria sono i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Sia a livello nazionale che a livello regionale, l'affermazione sempre più marcata dell'ospedale come luogo deputato alla cura della sola fase acuta della malattia sta riversando molta pressione sul sistema di assistenza primaria, il quale si scontra con la necessità di offrire una risposta soddisfacente ad una domanda di servizi crescente, indotta da una popolazione che invecchia e da un numero sempre maggiore di pazienti che presentano comorbidità.

Questo, negli anni, ha portato ad una sostanziale evoluzione della medicina di base, che ha iniziato ad assumere forme associative sempre più strutturali e complesse dal punto di vista organizzativo, allo scopo di agevolare l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari. Si ritiene, infatti, che l'esercizio dell'attività professionale in gruppo, oltre a consentire una maggiore accessibilità ai servizi, influisca sull'ottenimento di esiti migliori nella gestione delle patologie croniche e acute.

Le diverse forme associative in cui è organizzata la medicina di territorio sono state previste dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali e dagli Accordi Integrativi Regionali.

Ad oggi il modello organizzativo più evoluto adottato dalla Regione Veneto è quello della Medicina di Gruppo Integrata (MGI), una forma associativa che permette ai medici di base la condivisione non solo dei sistemi informativi ma anche di un'unica sede di lavoro e di personale di studio. Le MGI sono state previste e disciplinate con la DGR n. 751/2015. Nonostante la L.R. 19/2016, all'art. 14, avesse posto come obiettivo di diffusione della MGI quello di coinvolgere almeno il 60% dei medici di medicina generale e attivarne almeno l'80% entro il 31 dicembre 2018, i dati più recenti rivelano che al 31 dicembre 2021, in Veneto risultavano attive solamente 77 MGI con 638 MMG (22% del totale), che presentavano, peraltro, una distribuzione non omogenea nelle diverse Aziende ULSS, variando con coperture dall'11% al 46% (Azienda Zero & SER, 2022).

Per i PLS, invece, la forma associativa più diffusa è l'Associazione semplice, la quale prevede che ogni pediatra rimanga responsabile della cura dei propri assistiti, coordinando però l'orario di apertura del proprio ambulatorio con quello degli altri colleghi in associazione. Ciò permette di assicurare all'utenza maggiore disponibilità e copertura oraria ambulatoriale giornaliera dal lunedì al venerdì.

In Veneto il numero degli assistiti dalle Cure Primarie è compreso tra il 96% e il 98% della popolazione residente rilevata da ISTAT (IRES Veneto, 2021).

Nel 2019 in Veneto il numero di MMG era pari a 3.041, con una media di 1.365 assistiti per ciascun medico (Ministero della Salute, 2019); dal 2011 al 2019 il rapporto tra la popolazione assistibile e il numero dei MMG è aumentato del 15% (IRES, 2021). Questo dato denota la crisi – di cui si parlerà in seguito – che ormai da anni vive il comparto dei medici di medicina generale, che soffre di una pesante carenza di personale, ulteriormente messa in luce con la pandemia.

Appartengono all'area dell'assistenza territoriale anche l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare.

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, terapeutiche e riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, riconosciute dai LEA ed erogate da medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Nel 2021 in Veneto sono state effettuate 67.124.977 prestazioni ambulatoriali, l'86% delle quali sono state erogate da parte di strutture pubbliche. Il dato relativo al volume delle attività segna un rialzo rispetto al 2020, anno in cui si è assistito ad una deflessione nell'attività ambulatoriale, e addirittura un superamento del numero di prestazioni registrate nel 2019. (Azienda Zero & SER, 2022).

Le Cure Domiciliari, invece, consistono in trattamenti medici, infermieristici, e riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti, in condizioni di fragilità o con patologie trattabili a domicilio, in modo da evitarne il ricorso inappropriato in ospedale o in un'altra struttura residenziale.

In Veneto l'assistenza domiciliare si distingue tra Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La SAD ha l'obiettivo di aiutare la persona nell'espletamento delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni,

trasporto, eccetera). I servizi SAD vengono svolti dagli Assistenti Socioassistenziali (ASA) e dagli Operatori Sociosanitari (OSS) e la loro erogazione richiede una compartecipazione economica in base alla fascia ISEE certificata.

Con l'ADI, invece, vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale¹⁷(UVMD) competente per territorio (ad esempio servizio di riabilitazione, servizio infermieristico, servizio medico - visite programmate, eccetera). Il servizio ADI viene erogato gratuitamente in convenzione con il SSN.

L'assistenza domiciliare permettere al cittadino di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto familiare per ricevere le cure e l'assistenza necessarie.

A tal riguardo, Il PNRR ha stanziato 4 miliardi di euro proprio per l'efficientamento dei modelli di assistenza domiciliare; l'obiettivo è quello di rendere la casa il primo luogo di cura, andando ad incrementare il numero dei pazienti assistiti nelle proprie abitazioni al 10% della popolazione over 65 (si parla di oltre un milione e mezzo di over 65 entro la metà del 2026). La necessità di potenziare gli strumenti di assistenza domiciliare è confermata dalla tendenza di crescita del tasso di anziani assistiti, che ha prodotto un considerevole aumento della numerosità dei casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata; a livello nazionale si è registrato un incremento dell'erogazione del servizio ADI del +25,5% tra il 2016 e il 2018, mentre a livello regionale, sempre nello stesso periodo, l'aumento è stato del 23,6% (IRES Veneto, 2021).

A seguito della riforma riguardante i nuovi livelli di assistenza sancita con il DPCM del 12 gennaio 2017, l'Assistenza Domiciliare Integrata è stata articolata in quattro livelli identificati sulla base del Coefficiente di Intensità Assistenziale¹⁸ (CIA): cure domiciliari di livello base (CIA < 0,14), cure domiciliari integrate di primo livello (CIA 0,14-0,30),

¹⁷ L'UVMD è un'articolazione di natura multiprofessionale che, in collaborazione con il medico di medicina generale o il pediatra, riceve e valuta le richieste assistenziali sul territorio.

L'UVMD è una équipe formata generalmente da un medico specialista, un assistente sociale e un infermiere. Sottopone il paziente che necessita di un ausilio su più piani, (clinico, sociale o socioeconomico) ad una valutazione della consistenza del bisogno, attivando eventualmente le risorse disponibili per garantire la continuità assistenziale territoriale.

¹⁸ Il CIA è un indicatore che misura la frequenza degli accessi nel periodo di presa in carico e si ottiene dal rapporto tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il suo valore può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana).

cure domiciliari integrate di secondo livello (CIA 0,31-0,50), e infine cure domiciliari integrate di terzo livello (CIA > 0,50).

Nell'agosto del 2017, la DGR n.1075, con la definizione di nuovi indirizzi organizzativi a fronte della riorganizzazione delle Aziende ULSS prevista dalla L.R. n. 19/2016, ha previsto una revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari.

L'obiettivo della revisione era quello di «ricercare una uniformità nei modelli assistenziali al fine di garantire, da un lato, l'equità nel contesto regionale e, dall'altro, facilitare le procedure di dialogo ed i collegamenti funzionali all'interno delle nuove Aziende, quali risultanti dell'accorpamento di più Aziende differenti» (Regione Veneto, 2017: 1).

In particolare, le nuove disposizioni prevedono che il servizio ADI debba garantire, da parte del personale infermieristico, la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00, in ogni Azienda ULSS.

La pianificazione degli accessi, sviluppata nell'arco dell'intera settimana, deve essere fatta tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti. Viene prevista poi la messa a disposizione di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti presso il loro domicilio o presso le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e, soprattutto, viene rafforzata l'integrazione dell'ADI con i Medici di Medicina Generale e i Medici di Continuità assistenziale, stabilendo che l'organizzazione delle attività infermieristiche domiciliari debba essere pianificata «tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI» (*Ibidem*: 2).

La tabella 4 riporta il grado di copertura del servizio ADI nelle diverse Aziende ULSS del Veneto, con dati riferiti all'anno 2019.

Tabella 4: Indicatore copertura ADI (2019).

Aziende ULSS	Utenti in carico	Fabbisogno	Indicatore copertura ADI (%)
1-Dolomiti	5.351	5.715	93,63
2-Marca Trevigiana	8.644	20.183	42,83
3-Serenissima	7.022	15.619	44,96
4-Veneto Orientale	2.559	5.010	51,08

5-Polesana	1.929	4.345	44,39
6-Euganea	11.357	21.744	52,23
7-Pedemontata	3.764	9.027	41,70
8-Berica	3.350	9.685	34,59
9-Scaligera	7.736	21.239	36,42
Veneto	51.712	112.740	45,87

Tratto da: *IRES, Aggiornamento della terza direttrice della Ricerca "Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi sociosanitari nella Regione Veneto", 2021: 111.*

Si segnalano in particolare il valore positivo di copertura della ULSS 1-Dolomiti e quello negativo della ULSS 8-Berica.

Infine, a livello territoriale, le Centrali Operative Territoriali (COT) ricoprono un ruolo cardine nel processo di integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari poiché svolgono le funzioni di coordinamento della presa in carico del paziente e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Le COT, agevolando la comunicazione tra i diversi *setting* assistenziali, dall'ospedale, al Dipartimento di Prevenzione, al Distretto, ai servizi residenziali, forniscono un valido punto di riferimento per i pazienti stessi e si qualificano come elemento strategico per la coordinazione e la tracciabilità dei processi di cura e di assistenza.

3.3.3. Breve cenno in merito alla crisi della medicina generale

Come si è detto, nell'ambito dell'assistenza territoriale, i Medici di Medicina Generale assumono un ruolo fondamentale nella presa in carico della salute del cittadino e nel processo di integrazione tra l'ospedale e il territorio, contribuendo a rendere più fluido il passaggio del paziente tra i vari *setting* assistenziali e assicurando l'appropriatezza degli interventi di cura. Tuttavia, negli ultimi anni il comparto è attraversato da una profonda crisi, causata principalmente dalla carenza di personale, che provoca un sovraccarico eccessivo di lavoro, soprattutto burocratico, in capo agli attuali medici di base in servizio (Speranza P.M., 2023).

Il Veneto rappresenta una delle Regioni del Nord in cui i medici di base hanno un carico di assistiti più elevato; già nel 2019 i dati del Ministero della Salute rivelavano che nel territorio veneto vi fosse una media di 1.365 assistiti per MMG, numero di molto

superiore alla media nazionale che era di 1.224 assistiti per MMG (Ministero della Salute, 2019). Nel 2022 la media di assistiti per MMG in Veneto è aumentata ancora, arrivando a quota 1.519 assistiti per MMG¹⁹ (IRES Veneto, 2022).

Dal 2019, nei vari territori della Regione, vi è stato un progressivo aumento delle zone carenti di MMG. Rispetto al 2021, nel 2022 sono aumentate di 140 unità le zone carenti complessive. La maggiore variazione si è avuta nei territori delle AULSS 9, 8, 6, 2, 1.

Tabella 5: Zone carenti di MMG in Veneto per singola Azienda ULSS.

Aziende ULSS	Zone carenti MMG 2019	Zone carenti MMG 2020	Zone carenti MMG 2021	Zone carenti MMG 2022	Δ 2022-2021
1-Dolomiti	21	27	24	42	18
2-Marca Trevigiana	36	64	78	97	19
3-Serenissima	21	34	51	58	7
4-Veneto Orientale	25	31	41	44	3
5-Polesana	20	23	38	41	3
6-Euganea	29	46	84	103	19
7-Pedemontana	27	30	35	46	11
8-Berica	54	59	86	106	20
9-Scaligera	110	128	124	164	40
Veneto	343	442	561	701	140

Tratto da: *IRES Veneto, Aggiornamento della terza direttrice della Ricerca "Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi sociosanitari nella Regione Veneto". Le Cure Primarie – AULSS 8, 2022: 5.*

A livello nazionale si stima che il numero di medici di base che andrà in pensione nei prossimi sette anni eccederà il numero di quelli in entrata. Pur considerando le ulteriori 900 borse annuali per la formazione dei medici di medicina generale messe a disposizione dal PNRR, si perderanno tra i 9.200 e 12.400 medici di base dal 2022 al 2028 (IRES Veneto, 2022). Peraltro, come dimostrano i dati OCSE 2022, l'età media dei

¹⁹ L'ACN del 2009 ha previsto come rapporto ottimale quello un 1 medico ogni 1000 assistiti con una variabilità del 30%.

medici di base attualmente in servizio nel nostro Paese è la più elevata in Europa: l'Italia, infatti, ha la quota più alta di medici di età pari o superiore a 55 anni.

Nel 2021 al Veneto sono state assegnate 306 borse per MMG e nel 2022 i posti in università sono stati aumentati di circa 4.000 medici e 4000 infermieri in più rispetto al 2018 (Marzulli, 2022). Tuttavia, questi interventi potrebbero non essere sufficienti poiché si stima che in Veneto gli MMG in uscita nei prossimi sette anni saranno 1.878, mentre quelli in entrata solamente 595 causando uno scompenso di ben 1283 MMG all'interno della Regione.

In merito alle borse di studio per la formazione specifica in medicina generale, è opportuno segnalare che «la Regione Veneto emerge tra quelle che, nel tempo, hanno richiesto un numero di borse inferiore al reale fabbisogno, al di là delle carenze più volte evidenziate» (IRES Veneto, 2022: 9). Oltre a ciò, rileva il fatto che, a livello nazionale, alla formazione specialistica dei medici sia destinato «nemmeno che lo 0.7% del Fondo Sanitario Nazionale largamente impegnato dalla formazione dei medici specialisti e lo 0.04% circa per la medicina generale» (Cappelli, 2020: 5).

Si denota quindi un quadro complesso e di non facile soluzione; certamente la scelta di incrementare il numero di borse di specializzazione, anche grazie alle risorse stanziare per i prossimi tre anni con il PNRR, è di fondamentale importanza. Tuttavia, non bisogna dimenticare che le ragioni di questa perdita di personale non sono dovute solamente ad un'inadeguata programmazione dell'offerta di servizi medici e alle condizioni di accesso alla professione, ma anche, soprattutto, a problemi strutturali che affliggono il nostro Paese, come il crollo demografico (Bonvento et al., 2022).

3.3.4. L'assistenza sociosanitaria

L'assistenza sociosanitaria comprende l'insieme delle prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzarne il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale (Ministero della Salute, 2019).

All'area dell'assistenza socio sanitaria afferiscono in particolare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per gli anziani non autosufficienti e quello per le persone con disabilità.

L'insieme delle strutture territoriali, domiciliari, diurne e residenziali che vanno a costituire il sistema della rete dei servizi socioassistenziali prende il nome di Unità di Offerta (UDO). Le tipologie di UDO a cui hanno maggiormente accesso le persone anziane sono le Residenze Socio-Assistenziali (RSA), le Sezioni alta protezione Alzheimer (SAPA), e le case di riposo, mentre per le persone con disabilità i maggiori accessi si registrano nelle RSA e nelle Comunità Alloggio (IRES Veneto, 2021).

Per quanto riguarda il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nel 2021, in Veneto, 9.997 utenti hanno avuto accesso alle Unità di Offerta territoriali, con almeno un giorno di presa in carico, per un totale di 2.698.373 giornate di assistenza erogate. Hanno beneficiato di almeno un giorno in struttura residenziale 3.805 utenti; sono 6.996 le persone accolte in un Centro Diurno o inserite in una Progettualità sperimentale (Azienda Zero & SER, 2022).

Lo strumento di valutazione per l'accesso ai servizi per persone con disabilità è la scheda S.Va.M.Di. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone disabili), che permette di dare una valutazione multidimensionale delle persone con disabilità per l'elaborazione e la predisposizione del progetto individuale oltre che per la strutturazione di coordinate riferite alla programmazione per la disabilità (Regione Veneto, 2014). Con la somministrazione della scheda, al paziente viene assegnato un punteggio al quale viene attribuito un livello di gravità (basso, medio, alto, elevata intensità) che consente di individuare il percorso assistenziale più appropriato per l'utente, come stabilito dal Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 18 del 22 gennaio 2015.

Per quanto concerne, invece, i servizi residenziali e semiresidenziali per gli anziani non autosufficienti, nel 2021, 41.794 persone hanno avuto accesso, con almeno un giorno di assistenza, al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane del Veneto (Azienda Zero & SER, 2022).

Per accedere alle prestazioni rese nei servizi residenziali e semiresidenziali della Regione Veneto e autorizzati all'esercizio ai sensi della L.R. 22/2002, il cittadino dev'essere in possesso dell'impegnativa di residenzialità; il numero di impegnative rilasciate da ciascuna Azienda ULSS avviene tramite provvedimento della Giunta

Regionale, in base alle risorse presenti nel Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA) e ai Piani di Zona, e successivamente rilasciate sulla base della gravità della situazione.

Nonostante, ad oggi, il Fondo si configuri quale unico strumento a sostegno del welfare territoriale per i non autosufficienti, la sua rilevanza in termini di risorse è modesta; infatti, in relazione alla spesa complessiva per *Long Term Care* in Italia, il Fondo rappresenta l'1,6% delle risorse (Pelliccia et. al, 2021). Questo lo rende incapace di rappresentare adeguatamente il bisogno assistenziale della popolazione non autosufficiente. Lo dimostra il fatto che da alcuni anni il numero dei beneficiari del Fondo rispetto alla platea delle persone non autosufficienti si è decisamente ridotto.

A livello nazionale i beneficiari del fondo rappresentano il 5,3% dei percettori dell'indennità di accompagnamento²⁰. A livello regionale, invece, il numero dei beneficiari del fondo rappresenta il 6,3% dei percettori dell'indennità (*Ibidem*).

Lo strumento di valutazione per l'accesso ai servizi per gli anziani non autosufficienti è la scheda S.Va.M.A. (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) approvata con DGR 3979 del 9 novembre 1999; questa permette alle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD) delle Aziende ULSS di valutare in modo globale e omogeneo le istanze delle persone anziane non autosufficienti misurandone le condizioni, sociali e sociosanitarie, e definendone il conseguente profilo assistenziale.

Per quanto riguarda i posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali, sia nel caso delle strutture per anziani non autosufficienti che in quello delle strutture per le persone con disabilità, il Veneto presenta una percentuale di posti letto per mille residenti più alta rispetto alla media nazionale. Stando ai dati dell'anno 2018, si tratta del 28 per mille contro il 14,6 nazionale per le residenze per anziani; per le strutture residenziali e semiresidenziali per persone disabili, invece, si tratta rispettivamente del 8,05 e del 13,61 per mille rispetto ad una media di 4 punti percentuali a livello nazionale (IRES Veneto, 2021).

Al netto delle informazioni forniteci da questi dati, è necessario fare qualche considerazione di carattere generale in riferimento alle strutture residenziali di assistenza, poiché persiste in quest'ambito un problema culturale di fondo.

²⁰ L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica data dallo Stato italiano, tramite l'INPS, destinata a coloro che risultano invalidi totali e/o incapaci di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o incapaci di compiere azioni di vita quotidiana.

Innanzitutto, le strutture residenziali per anziani necessitano di dare ricovero a pazienti sempre con problematiche sempre più complesse, legate a bisogni sanitari, limitazioni funzionali e deficit cognitivi, che necessitano di un carico assistenziale molto più intenso e differenziato rispetto ad alcuni decenni fa.

Gli standard strutturali e gestionali di un tempo non sono più in grado di fornire risposte adeguate a tale necessità (Bonvento et al., 2022).

In secondo luogo, sebbene il bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti sia in crescita da ormai diversi anni, i servizi residenziali e semiresidenziali territoriali, invece che essere concepiti come ingranaggi fondamentali della rete di cura, continuano ad essere declassati a meri luoghi privi di specifiche qualità dove collocare il paziente non autosufficiente. Questa logica, accompagnata dalla carenza di personale e di strutture adeguatamente attrezzate, è stata causa, con lo scoppio della pandemia, della tragedia che si è consumata all'interno delle RSA, dove il continuo inserimento in struttura di pazienti ospedalieri ha prodotto un sovraffollamento che, favorendo la diffusione del virus, ha incrementato notevolmente il tasso di mortalità.

Le RSA, così come le case di riposo e tutte le altre strutture residenziali e semiresidenziali che forniscono assistenza alle persone bisognose devono qualificarsi come luoghi di cura, in cui vengono rispettate e promosse la dignità e l'autonomia del paziente; il loro compito è quello di rendere agevole la transizione del paziente dal proprio domicilio alla struttura assistenziale, cercando di farlo "sentire a casa", il più possibile.

Per rendere tutto ciò possibile è necessario il pieno coinvolgimento del nucleo familiare del paziente nel processo di ricovero e di cura.

Troppo spesso l'investimento sulla comunicazione fra l'équipe della struttura e la famiglia del paziente è insufficiente e sono scarse le azioni proattive; soprattutto nei primi giorni di inserimento nella struttura, invece, è fondamentale che si instauri un rapporto di scambio tra operatori e familiari, che permetta a coloro che hanno già assistito il paziente a casa, di fornire aiuti e suggerimenti a chi se ne occuperà. È proprio nella valorizzazione della persona e delle sue relazioni significative che si gioca la capacità di cura e di accoglienza di una struttura di ricovero in tutti i suoi componenti.

L'elemento chiave e qualificante di tutte le strutture assistenziali, residenziali e semiresidenziali, dev'essere quello di «sapersi rapportare efficacemente e con empatia con la rete di relazioni degli ospiti della struttura» (Guaita, 2020: 60).

Occorre, dunque, dare nuova considerazione alle strutture residenziali, ricordando che esse «non forniscono “posti letto” ma il sostegno a “progetti di vita” nel momento della loro massima crisi: questo vuol dire che l’intera “biografia” della persona, compresa la sua rete di relazione, è importante quanto la storia clinica delle sue patologie» (*Ibidem*).

Dunque, a conclusione di questa disamina, di certo non completamente esaustiva data la vastità della materia, si può affermare che il Servizio Socio-Sanitario Regionale veneto, sebbene presenti un’articolazione dei servizi complessa e frammentata, spesso causa di disorientamento nel paziente e di difficoltà nella composizione dei percorsi di cura, riesce comunque a fornire prestazioni di livello, tra le migliori in Italia, che fanno del Veneto una Regione *benchmark*.

Tuttavia, ad oggi, nonostante l’incessante lavoro di rafforzamento e miglioramento del modello di integrazione sociosanitaria, nel contesto sanitario territoriale permangono delle criticità in particolar modo legate alla carenza di medici di base e di personale sociosanitario in generale, all’insufficienza del sistema di assistenza domiciliare, e, infine, alla difficoltà di gestione delle persone non autosufficienti (Salvalaggio, 2022).

CAPITOLO 4

Approfondimento sul territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica

Il presente capitolo propone un approfondimento sull'Azienda ULSS 8 Berica. In particolare, grazie al contributo offerto dall'intervista con la dott.ssa Silvia Manea, Direttrice dell'Unità Operativa complessa Cure Primarie del Distretto Ovest, è stato possibile indagare il funzionamento del modello di integrazione sociosanitaria dei servizi alla persona, con specifico riferimento all'attività di assistenza primaria condotta dall'Azienda sul territorio.

Prima di procedere con l'esposizione dei temi affrontati durante il colloquio con Silvia Manea, è opportuno soffermarsi sull'analisi della struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 8 Berica, individuando i principali attori e le loro funzioni.

4.1. La struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 8

L'Azienda ULSS 8 Berica è stata costituita con la legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, che ha istituito l'ente di governance Azienda Zero. In forza delle modifiche organizzative intervenute per effetto di tale legge, l'Azienda ULSS 6 "Vicenza" ha modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 8 Berica", mantenendo la propria sede legale a Vicenza e incorporando la soppressa l'Azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino".

L'Azienda ULSS 8 copre il territorio di 59 Comuni, per una popolazione totale assistita di 499.422 abitanti, e, con ben 6.107 dipendenti e un valore di produzione di circa 970 milioni di euro, si qualifica come la terza azienda vicentina per dimensioni (Azienda ULSS 8, 2023).

L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale; la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dall'Atto Aziendale.

Gli organi di governo dell'Azienda ULSS 8 Berica sono: il Direttore Generale, che è il legale rappresentante dell'azienda, di cui ha la responsabilità della gestione complessiva; il Collegio Sindacale, cui spetta il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale; e, infine, il Collegio di Direzione che, come previsto dall'art. 17 del d.lgs. n. 502 del 1992, «concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di

formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria» (D.lgs. 502/1992, art.17).

Tra gli organi aziendali citati, assume una particolare rilevanza la figura del Direttore Generale, il quale ha il compito di «combinare i fattori produttivi in vista del perseguimento degli obiettivi socio-sanitari posti dalla Regione in condizioni di massima efficienza ed efficacia» (Deliberazione n.135/2021, art.7); gli competono, inoltre, le funzioni di programmazione e controllo dell'azienda.

Unitamente al Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, costituiscono la Direzione Generale dell'Azienda, la quale ha fondamentali funzioni di programmazione, allocazione e committenza.

L'Azienda ULSS 8 si suddivide in tre principali macrostrutture: l'ospedale, il Distretto socio-sanitario, che comprende tutte le attività socio-sanitarie erogate direttamente nel territorio e, infine, il Dipartimento di prevenzione, che è la struttura tecnico funzionale preposta alla promozione della tutela della salute di tutta la popolazione sul territorio di competenza.

Accanto a queste macrostrutture operano poi le strutture dette "di supporto alla produzione", costituite dai Servizi professionali, tecnici ed amministrativi dell'Azienda. Tra le principali attività poste in capo ai Servizi professionali e tecnico-amministrativi vi sono, ad esempio, l'attività svolta dall'Unità Operativa Complessa Gestione risorse umane, quella dell'Unità Operativa complessa Contabilità e bilancio, quella della Direzione Amministrativa territoriale, della Direzione Amministrativa di Ospedale, eccetera. Queste Unità Operative sono articolazioni organizzative dell'Azienda in cui si concentrano risorse (umane, tecnologiche e strumentali) e competenze professionali finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza, oppure di produzione e di prestazione dei servizi sanitari.

In relazione al loro grado di complessità organizzativa, definito dalla numerosità e dalla eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dai loro costi di produzione, le Unità Operative dell'Azienda si distinguono in complesse e semplici; quest'ultime possono configurarsi sia come articolazioni interne all'unità complessa, sia come strutture a valenza dipartimentale o distrettuale, in qual caso sono dotate di spazi di responsabilità ed autonomia, nonché di risorse economiche, umane e strumentali.

Come previsto dall' art. 17 bis del d.lgs. 502/1992, a livello operativo l'Azienda è organizzata e gestita secondo il modello dipartimentale, con cui si dà attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità.

Il Dipartimento, che si qualifica come struttura di coordinamento aziendale sovraordinata rispetto all'unità operativa relativamente agli aspetti gestionali, costituisce il modello organizzativo e gestionale volto a fornire: «risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse» (Deliberazione n.135/2021, art.24). Sul piano organizzativo, il dipartimento aggrega strutture omologhe, affini o complementari che perseguono finalità comuni e che, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse.

A livello territoriale l'Azienda ULSS 8 è divisa in due Distretti sociosanitari: il Distretto Est (ex ULSS 6), che comprende 37 Comuni e il Distretto Ovest (ex ULSS 5) che ne comprende 22. A capo di ogni Distretto vi è il Direttore di Distretto che garantisce la funzione direzionale di tutte le attività distrettuali, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle Unità Operative e con i dirigenti delle articolazioni funzionali. Il Direttore di Distretto assume, pertanto, il ruolo di "gestore della rete territoriale" (Deliberazione n.135/2021: 62); su di lui ricade il compito di governare la molteplicità dei servizi e delle risorse del territorio, «nonché di alimentare e creare, laddove mancanti, le connessioni tra i soggetti (nodi) di una rete, agendo come facilitatore dei processi di integrazione al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute» (*Ibidem*).

Inoltre, il Direttore di Distretto è responsabile dell'UVDM, ossia dell'Unità di Valutazione Multidimensionale deputata alla definizione del Piano Assistenziale Individuale, strumento con il quale viene delineato il percorso di cura della persona. Questa responsabilità, tuttavia, è solo formale perché, in realtà, di norma il Direttore delega i medici delle cure primarie a gestire l'UVMD, a esserne responsabili e a definire il piano assistenziale assieme agli altri operatori.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni, il Direttore di Distretto si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali che operano nel campo dei servizi distrettuali.

Il Distretto è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali presenti sul territorio; il suo scopo è quello di assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Attraverso le Unità Operative e i Servizi che lo compongono, il Distretto garantisce un'ampia gamma di servizi tra cui: servizi amministrativi, servizi per la disabilità, servizi per l'infanzia, l'adolescenza, gestanti e difficoltà di coppia, servizi di ausilio alle difficoltà di apprendimento in età evolutiva, servizi per i malati cronici, anziani e persone che accedono al servizio di cure palliative.

Sono parti fondamentali ed integranti del Distretto le Medicine di Gruppo Integrate (MGI), le quali, secondo il modello definito dalla DGR n.751/2015, si configurano come «team multiprofessionali che prendono in carico i bisogni di una Comunità, rappresentando di fatto i luoghi ideali in cui si può sviluppare operativamente l'integrazione sociosanitaria» (Regione Veneto, 2013: 11).

I Distretti dell'Azienda ULSS 8 dipendono dalla Direzione dei Servizi Sociosanitari, il cui Direttore ha, tra le altre cose, il compito di garantire la correlazione tra gli obiettivi di budget distrettuale e gli obiettivi di budget ospedaliero, «poiché molti obiettivi strategici aziendali richiedono processi di ricomposizione e di integrazione tra i diversi ambiti che trattano un medesimo paziente» (Deliberazione n.135/2021: 56).

Nell'ambito delle competenze del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari afferisce anche la gestione della Centrale Operativa Territoriale interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le Unità Operative territoriali e ospedaliere. La Centrale Operativa Territoriale dell'Azienda ULSS 8 Berica è unica, articolata sui due Distretti Est e Ovest e rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge funzioni di raccolta e classificazione dei bisogni, di attivazione delle risorse più appropriate, di coordinamento della presa in carico del paziente e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

4.1.2. Ruolo e funzioni dell'Unità Operativa complessa Cure Primarie

Dal momento che il contributo centrale per la realizzazione di questo approfondimento è stato offerto dalla Direttrice dell'Unità Operativa complessa Cure Primarie del

Distretto Ovest dell'Azienda ULSS 8 Berica, si procede di seguito ad una breve analisi del ruolo e delle funzioni dell'Unità Operativa stessa.

L'Unità Operativa complessa Cure Primarie è una colonna portante del sistema sanitario regionale del Veneto, presente nel territorio fin dalla nascita delle prime organizzazioni distrettuali.

L'UOC Cure Primarie si occupa di fornire l'assistenza medica di base h24, 7 giorni su 7, secondo quanto previsto dai LEA; in particolare, i suoi ambiti d'azione concernono l'offerta e la gestione delle cure domiciliari, dell'assistenza di medicina generale, del Servizio di Continuità Assistenziale, dei servizi rivolti agli anziani e ai disabili adulti, e del coordinamento sanitario delle strutture residenziali e semi-residenziali territoriali. Un ruolo determinante nell'ambito delle Cure Primarie viene svolto dai Medici di Medicina Generale, dai Medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia medica) e dal personale infermieristico dei servizi domiciliari che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali gestiti dal Comune.

A tal proposito, si segnala come nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata il raccordo con l'amministrazione comunale sia un elemento centrale nell'offerta dei servizi assistenziali. Questo, peraltro, è un aspetto su cui la Regione spinge molto, stabilendo che i Comuni vengano rifusi per l'attività che prestano con l'attivazione del SAD, ossia del Servizio di Assistenza Domiciliare.

L'assistenza domiciliare, che comprende tutte le attività che si esercitano presso il domicilio dei pazienti impossibilitati a muoversi o non autosufficienti, coinvolge una serie di figure professionali e di servizi, che vanno dal medico delle cure primarie al fisioterapista, dall'infermiere all'assistente sociale e così via, arrivando finanche al medico palliativista, che operano in maniera integrata a seconda del grado di intensità assistenziale richiesto.

L'attività di assistenza a domicilio è programmata ed organizzata all'interno del Piano Assistenziale Individuale, che, come si è detto precedentemente, è lo strumento con cui viene definito il percorso di cura del paziente. A delineare il Piano Assistenziale Individuale è l'Unità di Valutazione Multidimensionale, che, utilizzando le parole della dott.ssa Manca «è di fatto, quella che in inglese si chiamerebbe *case conference*, ossia la conferenza sul caso, l'incontro di professionisti afferenti a strutture, istituzioni,

discipline e servizi diversi, che sono chiamati ad offrire congiuntamente delle prestazioni che rientrano nel piano assistenziale della persona».

Al di là dell'assistenza domiciliare, le attività dell'UOC Cure Primarie coprono tutto il campo dei bisogni assistenziali in area extraospedaliera, perseguendo però una forte integrazione con l'assistenza ospedaliera stessa in modo da garantire al paziente la continuità assistenziale anche dopo la dimissione.

4.2. L'integrazione sociosanitaria quale fattore chiave nell'offerta dei servizi alla persona

L'intervista si configura sostanzialmente come un'intervista libera, dal momento che lo scopo dell'incontro con la dott.ssa Manea è stato quello di acquisire una panoramica quanto più ampia possibile circa l'attività dell'Unità Operativa complessa (UOC) Cure Primarie e il funzionamento del modello d'integrazione dei servizi che offre.

L'intervista può essere suddivisa in due sezioni: la prima, più illustrativa, nella quale la dottoressa espone nel dettaglio il ruolo e le funzioni dell'UOC Cure Primarie, ponendo particolare enfasi sul tema dell'integrazione dei servizi di assistenza domiciliare; la seconda, invece, raccoglie una serie di riflessioni espresse dalla Direttrice in merito all'attuale modello sociosanitario delle Aziende ULSS del Veneto e alle future prospettive di sviluppo che sono state tracciate con il PNRR.

Il colloquio con la dott.ssa Manea ha fornito un'immagine precisa e puntuale del funzionamento dei servizi di assistenza territoriale erogati dall'Unità Operativa Cure Primarie. In particolare, ha messo in risalto il ruolo centrale ricoperto nel territorio dalle cure domiciliari, che erogano prestazioni assistenziali il cui livello d'integrazione varia a seconda del grado di complessità del caso trattato.

Grazie allo strumento del Piano Assistenziale Individuale, disposto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, è possibile infatti tracciare il percorso assistenziale più adeguato al paziente, disponendo l'intervento congiunto di professionisti e operatori afferenti a servizi e discipline diverse. La commistione si espande oltre il perimetro del comparto sanitario, andando ad includere, ove necessario, anche la realtà comunale dei servizi sociali.

La forte propensione all'integrazione tra sociale e sanitario è da sempre un tratto peculiare della Regione Veneto, che fin dalle leggi istitutive del sistema sanitario regionale del 1994, ha espresso in questo senso un "mandato forte", per usare le parole della dottoressa. Negli anni, questo indirizzo si è rivelato vincente in quanto affine ad un'idea di salute moderna, che non contempla solamente lo stato di assenza di malattia, ma che investe la persona nella sua totalità e ne promuove il benessere fisico, psicologico e sociale, come indicato dall'OMS.

Sul piano dell'integrazione orizzontale, dunque dell'integrazione tra i servizi sociali e sanitari che compongono la rete di assistenza territoriale, l'Azienda ULSS 8 riporta risultati soddisfacenti, soprattutto in termini di gradimento da parte degli utenti.

Le maggiori criticità si riscontrano nell'ambito della medicina generale. Le cause sono da rinvenirsi non solo nella carenza di personale medico di base, ma anche nella difficoltà riscontrata dai medici ad implementare adeguatamente le forme associative previste dai diversi interventi normativi che si sono susseguiti nel corso degli anni. Alla base c'è soprattutto un problema di incapacità organizzativa e di mancanza di formazione manageriale dei medici, degli infermieri e delle altre figure professionali che operano all'interno delle medicine di gruppo.

Le Medicine di Gruppo Integrate rappresentano una delle forme associative più evolute nel panorama sanitario nazionale; il loro compito è quello di offrire un'assistenza globale, che va dalla prevenzione alla palliazione, e continua 24 ore su 24, 7 giorni su 7, attraverso l'azione complementare di medicina di famiglia e medicina di Continuità Assistenziale. Sono organizzazioni che hanno di norma dai 6 ai 10/11 medici, con presenza h12 di turno infermieristico ed amministrativo, e che arrivano a coprire bacini d'utenza anche di 15 mila persone; è evidente, dunque, che si tratti di un'organizzazioni onerose, sia in termini di risorse (umane e tecnologiche) impiegate, che in termini di competenze manageriali necessarie per gestirle. Come faceva notare la dottoressa, l'intuizione di riunire medici, infermieri e operatori amministrativi all'interno della stessa struttura associativa ha rappresentato un punto di svolta importante; tuttavia, a questi soggetti, deputati in prima persona alla gestione dell'organizzazione, non sono stati forniti gli strumenti di formazione e supporto manageriale appropriati per metterli nelle condizioni di attivare al meglio i servizi previsti dalla normativa.

Sarà forse per questo che la realizzazione delle Medicine di Gruppo Integrate in Veneto, nonostante fosse stata spinta con decisione dalla L.R. 19/2016 – la quale aveva previsto

come obiettivo quello di coinvolgere all'interno delle MGI almeno il 60% dei medici di medicina generale e attivarne almeno l'80% entro il 31 dicembre 2018 – è proceduta a rilento e con distribuzione, peraltro, disomogenea.

Un altro aspetto cruciale, che è stato sottolineato a più riprese dalla Direttrice, riguarda l'importanza di lavorare sul miglioramento dell'integrazione verticale dei servizi, ossia sull'efficientamento del raccordo tra rete territoriale e rete ospedaliera, che ancora fatica, nel contesto aziendale vicentino, e in generale, anche in quello veneto, a concretizzarsi in percorsi assistenziali che siano realmente centrati sulla persona più che sulla patologia.

Il sistema ospedaliero, a causa della sua organizzazione settoriale e gerarchica, continua a ragionare ancora per setting assistenziali più che per intensità delle cure, implementando percorsi assistenziali, come i PDTA, che si risolvono all'interno della sua circoscrizione, senza considerare che in realtà a fare la differenza “sono i percorsi integrati di cura, cioè il percorso dentro e fuori, tra ospedale e territorio”.

Il grande problema dell'approccio ospedaliero è che vede “sempre il ricovero più che la persona”. Quest'osservazione è emblematica, soprattutto se letta alla luce di quanto esposto finora nella trattazione di questo elaborato.

Non può esserci una reale riforma della rete territoriale di assistenza, se non si realizza, di pari passo, una riforma della rete ospedaliera; tuttavia, mentre la medicina territoriale sembra maggiormente avvezzata a mettere in discussione le proprie forme organizzative e le proprie modalità d'intervento, l'ospedale tende a rimanere statico e a preservare la propria struttura organizzativa chiusa.

Peraltro, vista l'enorme pressione che sta gravando sulle unità di Pronto Soccorso, il tema del ripensamento della rete ospedaliera si è reso ancora più urgente. Perché, è certamente vero che una rete di assistenza medica territoriale capillare ed efficiente può ridurre notevolmente sia gli accessi impropri al Pronto Soccorso che il tasso di ospedalizzazione, ma l'ospedale, dal canto proprio, deve attivarsi per mettere in piedi un sistema di ammissioni protette e per realizzare dei percorsi d'entrata paralleli a quello del Pronto Soccorso.

Il futuro del sistema sanitario si gioca proprio sulla capacità degli attori territoriali e ospedalieri di ridefinire il proprio ruolo in relazione alla costruzione di percorsi assistenziali che siano veramente in grado di seguire la persona a 360 gradi.

Questo passaggio è cruciale se si vuole attuare la vera medicina di comunità, che sia in grado di riconoscere e attivare le risorse di cui il territorio dispone, mettendole in rete in tutte le fasi del processo di cura, dalla prevenzione, all'assistenza, all'ospedalizzazione.

Infine, sul tema delle Case della Comunità, è emerso che, come si è potuto constatare nei precedenti capitoli, le nuove strutture di aggregazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali previste dal PNRR presentano numerosi elementi di continuità con le forme organizzative già presenti nel territorio della Regione Veneto. Anzi, stando a quanto riferito dalla dottoressa, l'esecuzione pedissequa di quanto indicato nel testo di legge, comporterebbe in alcuni casi, come in quello delle Centrali Operative Territoriali, pensate come strutture rigide e iper-burocratizzate, qualche passo indietro rispetto al modello attuale.

Di certo non è questa la sede adeguata ad affrontare l'ampio e complesso dibattito concernente il decentramento delle competenze in materia sanitaria; tuttavia, è un dato di fatto che nella realtà italiana, il regionalismo ha dato vita a sistemi sanitari profondamente differenziati e disomogenei, per cui l'imposizione dall'alto di misure standardizzate potrebbe risultare inefficace.

Secondo l'indicazione fornita dalla dottoressa, per promuovere un realmente un vero cambiamento, sarebbe fondamentale, prima di tutto, «andare a vedere i risultati di quello che abbiamo già introdotto, non solo legarci a delle idee da perseguire». Il rischio, infatti, è quello di produrre un'articolata stratificazione normativa che rende però macchinosa l'implementazione dei servizi sul piano operativo.

Conclusione

A termine del lavoro di analisi condotto all'interno di questo elaborato, emerge chiaramente come le falle messe in evidenza dall'emergenza pandemica non riguardino solamente aspetti organizzativi relativi all'erogazione dei servizi di cura e assistenza, ma affondino le proprie radici nella difficoltà di carattere culturale di pensare i percorsi di cura, e la salute stessa, come il prodotto di un processo d'integrazione multidimensionale, che intreccia dimensioni sanitarie e sociali, individuali e comunitarie, istituzionali e interistituzionali.

A prevalere è ancora la logica d'intervento settoriale tipica del modello biomedico, che frammenta l'offerta dei servizi e crea discontinuità sul piano dell'assistenza erogata ai cittadini.

Con lo scoppio della pandemia si è potuto appurare il fallimento di questa scelta operativa che, in alcuni contesti regionali, ha prodotto degli esiti disastrosi.

La necessità ora è quella di promuovere un cambio di paradigma che porti il sistema sanitario a configurarsi sempre più come un "sistema-salute", all'interno del quale la persona passi dall'essere percepita come "paziente da guarire" a "soggetto portatore di bisogni e di risorse da esprimere". Se si vuole attuare una riorganizzazione del sistema sanitario che sia realmente efficace, questo passaggio è irrinunciabile.

Porre la persona al centro significa coglierne l'unicità e la complessità delle problematiche, mettendola nelle condizioni di esprimere al meglio il proprio potenziale di salute, cosa che giova poi a livello comunitario, in quanto produce un ritorno sia in termini economici che in termini sociali.

Dunque, è necessario che le politiche sanitarie implementino un sistema di cure che si sviluppi a partire dalla mappatura dei bisogni sanitari e sociali delle persone e della comunità, invece che dall'offerta dei servizi di salute; solo così sarà realmente possibile perseguire l'obiettivo di personalizzazione delle cure.

Alla luce di ciò, la dimensione territoriale deve configurarsi come lo spazio strategico all'interno del quale attivare una ricalibratura del SSN che vada a privilegiare il concetto di "prossimità" e che rovesci la tradizionale logica ospedalocentrica a favore di uno spostamento del centro del processo di cura verso il territorio.

In questo senso, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, data l'entità delle risorse che sono state stanziare, costituisce un'occasione unica e imperdibile.

Come emerso nel corso della trattazione, nello scenario attuale, la medicina territoriale soffre la mancanza, sia sul piano culturale che sul piano politico, di un pieno riconoscimento della sua complessità e della sua importanza all'interno del sistema di cure. Eppure, la rete dei servizi territoriali rappresenta il primo punto d'incontro tra il cittadino e il sistema sanitario, e soprattutto durante la pandemia si è potuto constatare che laddove essa era più organizzata e capillare, gli esiti della malattia sono stati meno letali e sono state limitate le situazioni di sovraccarico di ospedali e terapie intensive. In Veneto, ad esempio, per contrastare il virus è stato adottato un "modello attivo di contenimento" (Vicarelli et al., 2021: 39), la cui realizzazione è dipesa in gran parte dall'attività dei medici e degli operatori dei servizi territoriali.

All'interno del quadro delineato, le Case della Comunità previste dal PNRR si prospettano come servizi che dovranno porsi al centro della vita della comunità locale in qualità di punti di incontro tra servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. Le Case della Comunità saranno i luoghi deputati a raccogliere i bisogni di salute e di assistenza delle persone, fornendo loro una risposta integrata e capace di garantire l'equità di accesso, di orientamento e di presa in carico non solo multidisciplinare, ma anche interprofessionale e intersettoriale.

Le Case della Comunità rappresentano, dunque, un progetto ambizioso, che, se realizzato in modo accurato, potrà realmente produrre uno spostamento verso il territorio e la comunità, rigenerando le reti sociali e coinvolgendole nei meccanismi progettuali, decisionali e di governance, in modo tale da dare piena attuazione al concetto di "prossimità". Tuttavia, la grande sfida risiede proprio nell'implementazione effettiva delle Case; il rischio è che esse si limitino a ricalcare modelli organizzativi dell'assistenza territoriale già esistenti e vadano ad esaurirsi nel mero raggruppamento di servizi e attività a se stanti.

La speranza è certamente quella che, con le risorse messe a disposizione, il disegno tracciato dal piano di riforma trovi applicazione concreta nella sua interezza, in modo che le Case della Comunità possano realmente configurarsi come spazi di rappresentanza e partecipazione democratica, dove i cittadini abbiano la possibilità di contribuire attivamente alla programmazione e alla valutazione dei servizi e delle attività.

Entrando nel merito dell'analisi del contesto regionale veneto, emerge chiaramente come l'integrazione sociosanitaria dei servizi alla persona rappresenti da sempre un tratto distintivo della realtà sanitaria regionale.

La forte propensione all'utilizzo di un approccio integrato si nota in particolare dallo sviluppo di strumenti, come il Piano Assistenziale Individuale, grazie ai quali è possibile tracciare percorsi assistenziali su misura per ogni paziente, disponendo l'intervento congiunto di professionisti e operatori di servizi e discipline diverse, afferenti sia al comparto sanitario che al comparto sociale.

L'aspetto positivo del modello veneto d'integrazione dei servizi territoriali è che si struttura per livelli di intensità assistenziale, permettendo di costruire percorsi di cura centrati sui bisogni della persona più che sulla patologia.

Ciò che risulta insufficiente, però, è l'integrazione tra la rete territoriale e la rete ospedaliera, sulla quale c'è ancora molto da migliorare. Sebbene, infatti, in Veneto sia stata effettuata la scelta di mantenere all'interno dell'Azienda sociosanitaria sia i servizi distrettuali che quelli ospedalieri (fatta eccezione per le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona), facendoli così rispondere alla stessa direzione generale, attualmente persiste una forte discontinuità tra i percorsi di cura ospedalieri e i percorsi assistenziali territoriali, che è causa, peraltro, anche delle lunghe liste d'attesa generate per l'accesso ai servizi.

Una causa può essere rinvenuta nell'approccio ospedaliero che tradizionalmente, citando la dottoressa Manea, vede "sempre il ricovero più che la persona". I PDTA implementati in ospedale finiscono con l'esaurirsi tra le sue stesse mura, senza trovare consequenzialità al di fuori; questo pregiudica pregiudicare la possibilità di offrire al paziente una reale copertura a 360 gradi.

Ad indebolire il raccordo tra le due reti in questione contribuisce, inoltre, l'insufficiente condivisione dei sistemi informativi, che ostacola la comunicazione e lo scambio di dati e informazioni tra presidi ospedalieri e territoriali.

Il tema dell'integrazione tra ospedale e territorio è cruciale perché la realizzazione della medicina di comunità passa soprattutto attraverso la chiara definizione dei ruoli e del rapporto degli attori in gioco.

L'altro grande problema che affligge il Servizio Sociosanitario Regionale del Veneto riguarda, infine, l'implementazione e la gestione delle forme associative della medicina generale e, in particolare, delle Medicine di Gruppo Integrate.

Nel 2016 si stimava che nell'arco di un biennio, in Veneto le Medicine di Gruppo Integrate avrebbero coinvolto ben il 60% dei medici di medicina generale, ma nel 2021 la quota era ancora ferma al 22%.

Le ragioni di questo insuccesso sono da rinvenirsi sia nella pesante carenza di personale medico di base che nelle difficoltà riscontrate da medici, infermieri e impiegati amministrativi nella gestione di queste realtà organizzative complesse, rispetto alla quale non hanno ricevuto adeguato supporto formativo e manageriale.

Bibliografia

- AGENAS (2022), *Documento di indirizzo per il metaprogetto delle Case della Comunità*, in *Quaderni di Monitor 2022. Supplemento alla rivista semestrale Monitor*, AGENAS-Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma; https://www.agenas.it/images/agenas/TERRITORIO/Quaderni_di_Monitor_Documento_metaprogetto_lettura_web.pdf.
- Azienda Zero, UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (2022), *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto. Anno 2022*, portale Regione Veneto, <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/relazione-socio-sanitaria-ultima-edizione>.
- Azienda Zero, UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (2020), *Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto. Dati anno 2019*, https://www.serveneto.it/public/Rapporto_epidemiologico_malattie_croniche_Veneto_2019.pdf.
- Bertin G. (a cura di) (2012), *Welfare regionale in Italia*, Edizioni Ca' Foscari – Digital Publishing, Venezia.
- Bertin G. (a cura di) (2014), “Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma”, in *Medicina specialistica e community care*, Edizioni Ca' Foscari – Digital Publishing, Venezia, pp. 9-34, <http://doi.org/10.14277/6969-003-7/001>.
- Camera dei deputati, Servizio Studi-Affari sociali (2021), *Case della Salute ed Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, Roma, n.144 http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1676729708745.
- Cappelli C. (2018), “Il de-finanziamento della formazione MMG: analisi delle delibere CIPE dal 2000 al 2018”, in *QuotidianoSanità* <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2403026.pdf>.
- Cesareo V. (a cura di) (2017), *Libro Bianco Welfare Responsabile. Una proposta per la società italiana*, Vita e Pensiero, Milano.
- Del Vecchio M., Giudice L., Preti L. M., Rappini V., (2022) “Le Case della Comunità tra sfide e disegno dell’implementazione”, in CERGAS-Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2022*, Egea, Milano, pp. 407-432 https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2022.
- Fattore G., Gugliatti A., Longo F. (2016), “Il riordino dei servizi sanitari regionali” in CERGAS-Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano, pp. 293-311, https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2016.

- Fuolega F. (2012), *Origini e storia del Sistema Socio-Sanitario regionale*, portale Regione Veneto, <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/origini-e-storia>.
- Giarelli G., Lombardi L., Lombi L., Macchioni E., Marzulli M., (2023) *MANIFESTO PER UNA SALUTE DI PROSSIMITÀ. Una ricalibratura dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale a partire dalla centralità della persona*, in *Welfare oggi*, 1, in press.
- Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di) (2021), *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e risposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Ingresso M. (2022), "Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità", in *Sistema Salute*, vol. 66, n.1, pp. 11-32, doi: 10.48291.
- IRES Veneto (2021), *Aggiornamento della terza direttrice di ricerca "Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi Socio-Sanitari nella Regione Veneto"*, <https://iresveneto.it>.
- IRES Veneto (2022), "Quale integrazione? Una ricerca sullo stato dell'arte delle CURE PRIMARIE nella Regione Veneto", in *Aggiornamento della terza direttrice della Ricerca "Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi Socio-Sanitari nella Regione Veneto" LE CURE PRIMARIE- AULSS 8*, <https://iresveneto.it>.
- ISTAT (2021), *Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2020*, Roma <https://www.istat.it/it/files/2021/12/REPORT-NATALITA-2020.pdf>.
- ISTAT (2022), *Rapporto annuale 2022. La situazione del Paese*, Roma, <https://www.istat.it/it/archivio/272772>.
- Mantoan D. (2021), "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio", presentazione per la sedicesima edizione del Forum Risk Management in Sanità, <https://www.snamibs.org/?p=2704>.
- Marzulli M. (2015), *Salute e mutualità nel welfare lombardo*, FrancoAngeli, Milano.
- Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità, Sezione I (2020), *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN*, Roma, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3094_allegato.pdf.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica-Ufficio II, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN-Ufficio III (2022), *Il personale del Sistema Sanitario italiano. Anno 2020*, Roma, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3164_allegato.pdf.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica (2021), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021*, Roma, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3270.

- Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio 6 (2022), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO-2020*, Roma, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3277_allegato.pdf.
- Neri S. (2020), "Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia", in *Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare* 2/2020, pp. 239-255, doi: 10.1447/98719.
- Network Non Autosufficienza (a cura di) (2021), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Paresi F. (2022), "Le Case della Comunità. Come saranno (Aggiornato al D.M.S. n.77/2022)", in *I luoghi della cura*, rivista online, n.3, <https://www.luoghicura.it>.
- Presidenza del Consiglio dei ministri (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Roma.
- Rebba V. (2013). Il Servizio Socio-Sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità. In Agostini F., *La Regione del Veneto a quarant'anni dalla sua istituzione. Storia, politica, diritto*. FrancoAngeli, Milano. pp.278-319.
- Ridolfi L. (2011), "Il Community care quale possibile modello di integrazione sociosanitaria a livello territoriale", *Paper for the Espanet Conference "Innovare il Welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa"*, Milano, https://www.clitt.it/contents/scienze_umanefiles/sociologia/60017_CommunityCare.pdf.
- Szadjeko K. (2020), "Il modello biopsicosociale: verso un approccio integrale", in *Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell'Educazione*, Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione "Giuseppe Toniolo", Modena, n.1, pp. 21-29, https://www.igtoniolo.it/wp-content/uploads/2020/10/2010_TP_Il-modello-biopsicosociale.pdf.
- Ugolini M. (2022), "Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana", in *Territorio - Sezione Open Access, (97-Supplemento)* <https://doi.org/10.3280/tr2021-097-Supplementooa12939>.

Normativa di riferimento

Legge Regionale 22 maggio 1971, n.340 *“Approvazione, ai sensi dell'articolo 123, comma secondo, della Costituzione, dello Statuto della regione Veneto”*, pp. 22-30;

Legge Regionale 15 dicembre 1982, n.55 *“Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”*;

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;

Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517 *“Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;

Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55 *“Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità locali sociosanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”*;

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*;

Legge 8 novembre 2000, n.328 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*;

Legge Regionale 13 aprile 2001, n.11 *“Conferimento di funzioni e compiti amministrativi autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112”*;

Legge Regionale 16 agosto 2002, n.22 *“Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali”*;

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2005, n.4395 *“Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale”*;

Legge 27 dicembre 2006, n.296 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”*;

Decreto Ministeriale 12 ottobre 2007, n.236 *“Regolamento concernente le modalità di svolgimento dei concorsi per l'accesso al ruolo dei capo squadra e dei capo reparto del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 13 ottobre 2005, n. 217”*, Allegato A;

Deliberazione della Giunta Regionale 6 maggio 2008, n.1133 *“Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale”*;

Decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”*;

Decreto-legge 13 settembre 2012, n.158 *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*;

Legge Regionale 29 giugno 2012, n.23 *“Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”*;

Deliberazione della Giunta Regionale 18 giugno 2013, n.953 *“Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata”*;

Deliberazione della Giunta Regionale 19 giugno 2013, n.975 *“Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto sociosanitario. Articoli 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23”*, Allegato B;

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

Deliberazione della Giunta Regionale 14 maggio 2015, n.751 *“Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016” e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013”*;

Legge Regionale 25 ottobre 2016, n.19 *“Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”*;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;

Deliberazione della Giunta Regionale 13 luglio 2017, n.1075 *“Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS”*;

Legge Regionale 28 dicembre 2018, n.48 “*Piano sociosanitario regionale 2019-2023*”;

Deliberazione della Giunta Regionale 14 maggio 2019, n.614 “*Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell’Azienda Ospedale-Università di Padova, dell’Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell’Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico “Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione” e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.r. 48/2018 “Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023”. Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019*”;

Deliberazione della Giunta Regionale 17 novembre 2020, n.1529 “*Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) 408 final*”;

Deliberazione 27 gennaio 2021, n.135 “*Atto Aziendale dell’ULSS 8 Berica: modifica ed approvazione*”;

Decreto Ministeriale 20 gennaio 2022 “*Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari*”;

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”;

Repertorio Atto 6 luglio 2022, n.104/CU, “*Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”*”.

Sitografia

www.agenas.it: data di ultima consultazione febbraio 2023

www.aulss8.veneto.it: data di ultima consultazione febbraio 2023

www.iresveneto.it: data di ultima consultazione febbraio 2023

www.italiadomani.gov.it: data di ultima consultazione gennaio 2023

www.luoghicura.it: data di ultima consultazione dicembre 2022

www.regione.veneto.it: data di ultima consultazione febbraio 2023

www.quotidianosanita.it: data di ultima consultazione febbraio 2023

www.salute.gov.it: data di ultima consultazione gennaio 2023

www.secondowelfare.it: data di ultima consultazione dicembre 2022

www.welfareforum.it: data di ultima consultazione gennaio 2023

www.welfareresponsabile.it: data di ultima consultazione dicembre 2022

Appendice

INTERVISTA del 10.02.2023

Intervista alla Dottoressa Silvia Manea, Direttrice dell'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto Ovest dell'Azienda ULSS 8 Berica, svolta in data 10 febbraio 2023, presso la sede del Distretto Ovest ad Arzignano (VI).

Intervistatrice: «Innanzitutto, le chiedo di presentarsi e di spiegare il proprio ruolo e come funziona l'Unità Operativa Cure Primarie all'interno del Distretto. Quali sono le sue attività principali e come funziona l'integrazione dei servizi offerti?»

Dott.ssa Manea: «Io sono Silvia Manea e sono la Direttrice dell'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto Ovest dell'Azienda ULSS 8 Berica. L'Unità Operativa Cure Primarie è l'Unità Operativa storica dei Distretti della Regione Veneto e in generale anche dei Distretti delle altre Regioni, perché fin dall'inizio, dalle prime organizzazioni distrettuali, insieme all'Unità Operativa che all'epoca si chiamava materno-infantile, mentre ora si chiama infanzia-adolescenza-famiglia, è stata fondamentale per definire un Distretto.

L'Unità Operativa Cure Primarie racchiude al proprio interno una varietà di attività, di funzioni e di operatori; di questi, alcuni sono di dipendenza diretta, mentre una grossa parte è convenzionata.

Tutta la parte di quella che possiamo definire "medicina di famiglia", in termine tecnico Medici di Medicina Generale, dipende funzionalmente da noi, anche se, in realtà, i medici in questione non sono dipendenti ma dei liberi professionisti convenzionati con l'Azienda ULSS. Per certi aspetti esiste lo stesso tipo di rapporto con i pediatri di famiglia, cosiddetti Pediatri di Libera Scelta, che dipendono maggiormente dall'Unità Operativa Infanzia-adolescenza- famiglia, ma per la parte domiciliare afferiscono alle Cure Primarie.

A causa del problema della carenza di personale, la quota di medici di famiglia sul territorio dell'intera Azienda si è ridotto. Tuttavia, il numero attuale di medici in servizio è comunque abbastanza elevato; all'incirca si parla di 100 medici nel Distretto Ovest e di quasi il doppio nel Distretto Est, per un totale di 287 medici.

Oltre ai medici di famiglia, rientrano nell'ambito delle Cure Primarie anche tutti i medici della cosiddetta Continuità Assistenziale, o ex Guardia Medica.

L'Unità Operativa Cure Primarie, dunque, si occupa di garantire l'assistenza medica di base ai propri residenti e lo fa secondo quanto definito dal DPCM dei LEA²¹.

L'assistenza medica di base che dev'essere garantita h24, 7 giorni su 7, tramite i medici di famiglia e le loro aggregazioni più o meno avanzate e i medici di continuità assistenziale, che operano negli orari e nei giorni dove il medico di famiglia non lavora, quindi dalle 20:00 alle 08:00 di tutte le notti, dalle 10:00 alle 20:00 tutti i sabati e dalle 08:00 alle 20:00 tutte le domeniche.

L'altro importante compito delle Cure Primarie è quello di garantire, governare e offrire le cure domiciliari, che noi erogiamo direttamente tramite la cosiddetta Centrale Operativa, che raccoglie i bisogni del territorio e programma l'assistenza da fare alle persone a domicilio.

L'assistenza avviene tramite l'attività degli infermieri della Centrale Operativa, la quale ha come riferimento anche un medico delle Cure Primarie, dei fisioterapisti, dipendenti direttamente dall'Azienda e operanti direttamente nelle Cure Primarie, e poi ancora tramite l'attività dei medici di famiglia, anche questi a domicilio, ed eventualmente dei medici delle cure palliative e di altri specialisti o altri operatori.

Ad esempio, soprattutto nel passato – ora c'è più difficoltà per il problema della carenza degli specialisti – veniva svolta un'attività a domicilio da parte del fisiatra per persone che non erano in grado di muoversi.

Oppure, un'altra attività che viene svolta nell'ambito dell'assistenza domiciliare è quella dei pediatri, perché a domicilio seguiamo non solamente anziani ma anche giovani e bambini. Anzi proprio da una recente analisi che abbiamo condotto, si è rilevato come, nonostante la nostra attività sia soprattutto concentrata in termini numerici sugli over 65, abbiamo, in realtà, una buona percentuale di giovani e bambini che necessitano di assistenza; peraltro, si è potuta osservare l'esistenza di un rapporto inverso tra l'età e la complessità, cioè tanto più è giovane il paziente, tanto più è complessa l'assistenza che dobbiamo erogare.

Le Cure domiciliari, quindi, comprendono tutte quelle attività che si esercitano presso il domicilio della persona con difficoltà di autonomia e movimento. Si tratta di un insieme

²¹ Il riferimento è al DPCM 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502".

di attività che coinvolge non soltanto le Cure Primarie e altri servizi distrettuali (in parte anche ospedalieri), ma anche soprattutto l'amministrazione comunale.

L'attività che si svolge a domicilio è programmata e organizzata all'interno di quello che si chiama Piano Assistenziale Integrato: questo è definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), che è di fatto, quella che in inglese si chiamerebbe *case conference*, ossia la conferenza sul caso, l'incontro di professionisti afferenti a strutture, istituzioni, discipline e servizi diversi, che sono chiamati ad offrire congiuntamente delle prestazioni che rientrano nel piano assistenziale della persona.

Tanto più complessa è la persona e il suo contesto familiare, tanti più servizi saranno coinvolti. Ad esempio, nella situazione standard dell'anziano allettato, non autosufficiente e con problematiche di comorbidità, di norma l'assistenza viene espletata tramite la presenza di un infermiere che va regolarmente a casa del paziente per valutare il suo stato di salute, per effettuare eventuali medicazioni e per educare la famiglia. L'educazione al caregiver è un aspetto fondamentale dell'attività assistenziale.

Oltre all'infermiere, anche il medico di famiglia fa regolarmente degli accessi.

Ma questa è la situazione più semplice; ci sono poi situazioni più complesse in cui magari è richiesto l'intervento del medico palliativista, o dove l'infermiere deve esercitare accessi anche 3/4 volte a settimana o addirittura quotidianamente.

In sostanza, quindi, lo strumento del piano assistenziale che individua il setting assistenziale appropriato per la persona, stabilendo chi fa cosa e come le diverse figure professionali coinvolte siano integrate tra di loro, è definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Nella situazione ideale il piano assistenziale va monitorato a intervalli regolari, soprattutto all'inizio, così da poterlo eventualmente modificare nel caso in cui la situazione cambiasse.

La persona responsabile dell'UVMD è il Direttore di Distretto o un suo delegato; di norma i medici delle cure primarie sono delegati dal Direttore di Distretto a gestire l'UVMD, a esserne responsabili e definire il piano assistenziale assieme agli altri operatori.

In UVMD fondamentalmente c'è sempre il medico delle cure primarie, l'infermiere della centrale ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), il medico di famiglia e l'assistente sociale del comune. Poi, a secondo del caso, ci possono essere anche altri specialisti o operatori; ad esempio, c'è la presenza del medico dell'ospedale nel caso di una

dimissione protetta, che prevede un ricovero temporaneo del paziente in una struttura intermedia territoriale, come l'ospedale di comunità, per dare alla famiglia il tempo di preparare l'accoglienza presso il domicilio.

A tal proposito, bisogna sottolineare che per fare attività a domicilio è fondamentale che ci sia la risorsa familiare, un caregiver, o un assistente. Se non c'è la risorsa familiare o se la situazione è particolarmente complessa per cui la famiglia non è in grado di sostenerla, allora c'è la possibilità di ricoverare il paziente in un centro di servizio come la casa di riposo.

Intervistatrice: «E qual è il ruolo dei Comuni all'interno del quadro che ha delineato?»

Dott.ssa Manea: «Nell'ambito dei servizi assistenziali, l'integrazione con la parte comunale è molto importante, perché l'assistenza domiciliare è un'assistenza per definizione sociosanitaria. Tuttavia, non necessariamente la parte sanitaria e quella sociale coesistono sempre. Può esserci, infatti, un'assistenza squisitamente sanitaria, e in questo caso si ricorre all'intervento degli operatori di cui si è parlato prima, oppure un'assistenza squisitamente sociale. L'assistenza domiciliare di tipo sociale è necessaria nei casi in cui, ad esempio, una persona abbia bisogno di pasti caldi a domicilio perché non è autonoma nel fare la spesa o nella gestione della propria alimentazione, o abbia bisogno di un aiuto nella cura della casa o nell'igiene personale. In Veneto l'assistenza domiciliare solo sociale viene erogata attraverso il SAD, Servizio di Assistenza Domiciliare.

Per quanto riguarda invece l'assistenza integrata sociosanitaria, il servizio di riferimento è quello dell'ADI, Assistenza Domiciliare Integrata. Con l'erogazione dell'ADI vi è una duplice integrazione: quella interna all'azienda sanitaria, che combina le cure domiciliare, con il medico di famiglia e con gli altri specialisti richiesti dal caso, e quella tra l'azienda sanitaria e il Comune, che combina l'attivazione dell'assistenza domiciliare sanitaria con quella del SAD.

Peraltro, dal momento che la Regione spinge molto per l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, quando ciò avviene, i Comuni vengono rifiutati per l'attività che fanno con l'attivazione del SAD, per cui anche l'utente se paga qualcosa paga una tariffa molto bassa rispetto a quella che paga per il SAD semplice (che è comunque una tariffa pesata sul reddito della persona)».

Intervistatrice: «Ora le chiederei di indicarmi quelli che lei ritiene dei punti di forza del modello d'integrazione che mi ha appena esposto e dei punti che ritiene invece di criticità, che dovrebbero essere risolti anche in vista dei cambiamenti previsti dal PNRR»

Dott.ssa Manea: «Il punto di forza del modello integrativo veneto, da cui poi discendono moltissime cose, risiede, a mio parere, nella scelta che ha fatto la Regione di tenere integrato il sociale e il sanitario fin da sempre, fin dalle due leggi istitutive n.55 e n.56 del 1994, dove si dice che i Comuni debbano delegare le proprie attività sociali all'Azienda ULSS: si tratta di un mandato forte.

Quest'idea si rifà alla definizione di salute quale stato di benessere fisico psichico e sociale che è stata data dall'OMS. Se la salute è realmente questo, più tengo insieme l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale, sia in ambito valutativo che in ambito d'intervento, tanto più dal punto di vista teorico sarò efficace e probabilmente anche efficiente.

Faccio un esempio riguardo ad un ambito che conosco molto bene per l'attività lavorativa che facevo prima, quello della tutela dei minori.

La tutela dei minori è di competenza dei servizi sociali del Comune, però per valutare davvero in modo approfondito se un bambino sia realmente protetto o meno, e come sia possibile proteggerlo, in realtà non basta una valutazione puramente sociale, perché la valutazione sociale può vedere i fattori ambientali, ma c'è anche un fattore relazionale, dato dal rapporto con i genitori e dalla mancata protezione sul minore, che si ripercuote sulla salute del medesimo, aprendo di fatto anche una questione sanitaria.

Quindi la Regione dà il mandato di delegare questa funzione quanto più possibile all'Azienda ULSS, perché all'interno dell'azienda ULSS, e in particolare all'interno dell'Unità Operativa infanzia-adolescenza-famiglia del distretto, lavorano l'assistente sociale, lo psicologo ed eventualmente anche il medico pediatra, offrendo la possibilità di fare una valutazione a tutto tondo.

Questa, dal mio punto di vista, è una logica assolutamente vincente.

Questo mandato forte si vede tanto nell'ambito delle deleghe dai Comuni alle Aziende ULSS, quanto nella scelta di voler tenere il più possibile dentro all'ULSS tutti i servizi, quelli ospedalieri, quelli distrettuali, quelli afferenti al dipartimento di prevenzione; peraltro, con il Covid si è potuto constatare quanto questa strategia sia stata decisiva nel contrasto al virus.

La scelta di tenere servizi ospedalieri e servizi territoriali all'interno dell'azienda sanitaria – fatta eccezione per Padova e Verona che presentano due Aziende Ospedaliere a parte – risponde alla logica per cui far parte della stessa azienda permette di facilitare la creazione di percorsi integrati, in quanto tutti coloro che vi operano all'interno hanno la stessa organizzazione e dipendono dalla stessa direzione strategica. Poi, chiaramente, la definizione del rapporto e dei percorsi tra ospedale e territorio non è comunque semplice, però questo presupposto è molto importante.

Aiuta molto, a mio avviso, anche il meccanismo del budget, che ponendo degli obiettivi di integrazione tra ospedale e territorio, porta i professionisti dei servizi a realizzare gruppi di lavoro, a definire percorsi in maniera congiunta e quindi a creare situazioni dove si può realmente costruire qualcosa.

Il rovescio della medaglia di questo mandato di delega si riscontra un po' nella de-responsabilizzazione di alcune istituzioni e di alcuni servizi.

Prendiamo l'esempio dei centri di servizio, cioè le case di riposo: nella nostra Regione, le case di riposo sono private accreditate, tuttavia, presentano un forte governo da parte dell'azienda. Le case di riposo sono prevalentemente a gestione infermieristica, però ci sono delle ore di medico da garantire. La gestione medica viene garantita dai medici dipendenti della nostra azienda, significa che la presenza medica all'interno delle strutture è coperta dai medici di famiglia, che hanno dei contratti ad hoc per lo svolgimento di un determinato numero di ore all'interno delle case di riposo.

È qui che si può notare l'aspetto de-responsabilizzante della delega, che si è ulteriormente aggravato in questi ultimi tempi, dove le cose si sono fatte più complesse e abbiamo grossi problemi di carenza di risorse. Ad oggi, a causa di questo problema ci sono case di riposo in cui può capitare di non avere il medico, il che è molto grave. Su questo, però, la casa di riposo è completamente deresponsabilizzata, perché, nonostante la gestione di tutti gli OSS, gli infermieri, gli amministrativi e del Direttore, sia di sua competenza, per delibera regionale l'attività medica dev'essere garantita a livello aziendale, che deve individuare anche un coordinatore medico che segua e supervisioni più case di riposo.

Un'altra criticità riguarda poi la medicina di famiglia: con i medici di famiglia, che sono dei liberi professionisti convenzionati, la contrattazione è sempre molto complessa. Tra l'altro, loro hanno un contratto collettivo nazionale che delle volte va a definire dei modelli assistenziali che si scontrano con i modelli definiti dalla Regione o dall'azienda.

Una volta c'era il modello del medico singolo nell'ambulatorio che aveva un suo significato e un suo funzionamento; poi, con il tempo, sono stati creati dei modelli associativi molto avanzati, come l'ex UTAP, ora MGI – peraltro noi abbiamo nella nostra azienda anche le medicine di gruppo sperimentali, che sono simili alle integrate – che hanno determinato una svolta importante; c'è da dire che alcune funzionano veramente bene, offrono un grande servizio alle persone e sono gradite dagli utenti.

Tuttavia, andando a confrontare i numeri dell'attività, pare che alla fine, in molti casi, la differenza la faccia il singolo professionista; questo ci fa capire che c'è un grande problema di management. Perché li abbiamo messi insieme, abbiamo dato loro gli operatori ma non li abbiamo formati a gestire un'organizzazione che ha di norma dai 6 ai 10/11 medici, arriva ad avere fino a 15 mila assistiti, e ha una presenza h12 di turno amministrativo e infermieristico. Allora cos'è successo?

Si è vista subito la differenza tra chi, magari per propensione personale o perché si è formato in proprio, è stato in grado di creare un gruppo coeso e chi invece no.

Ed è proprio in questi casi che si nota come alcuni singoli medici delle integrate abbiano delle performance che funzionano bene singolarmente.

Intervistatrice: «Quindi, alla base, c'è un problema di incapacità organizzativa?»

Dott.ssa Manea: «Quel che voglio dire è che non basta creare forme associative avanzate per fornire un servizio completo ma serve anche una buona dose di formazione manageriale.

All'epoca della nascita delle prime forme associative, ci stava che fossimo partiti così perché c'eravamo inventati una cosa nuova; ora però sarebbe il momento di soffermarsi sull'analisi e sulla valutazione di cos'abbia funzionato, cosa si debba fare di diverso e su come formare le persone ad organizzare al meglio questi nuclei in un'ottica di Casa della Comunità.

A tal proposito, in riferimento alle nuove indicazioni normative previste nel PNRR, la questione, a mio avviso, è un po' complessa: certamente strutture, come le Case della Comunità, che stiamo immaginando essere le migliori forme organizzative che vogliamo mettere in campo, rappresentano un punto di partenza importante. Tuttavia, bisogna considerare che in certi contesti regionali sono già state realizzate delle cose avanzate. Noi abbiamo già testato una forma di organizzazione simile a quella prevista per le Case

della Comunità - si potrebbe dire che le case della Comunità assomigliano molto ai nostri Distretti - ma non siamo gli unici, anche in Toscana, ad esempio, sono già stati sperimentati modelli simili da tempo. Anche qui, forse sarebbe il caso di andare a vedere i risultati di quello che abbiamo già introdotto, non solo legarci a delle idee da perseguire.

Sono consapevole che per alcune realtà si tratti di grandi novità, ma ci sono alcuni aspetti per i quali, nel nostro caso, seguire pedissequamente quello che è scritto nella norma, comporta fare qualche passo indietro.

Il riferimento è sia alle Case della Comunità che alle Centrali Operative Territoriali (COT): per certi aspetti noi siamo già più avanti rispetto a quello che viene scritto della COT nel testo normativo. La COT così com'è scritta, un po' rigida e burocratizzata, può inserirsi bene in un contesto nel quale non si è abituati a fare dimissioni protette, non si fa l'UVMD, non si valuta per bisogno, non c'è un'integrazione con le cure domiciliari, anzi le cure domiciliari sono soprattutto esternalizzate e non c'è tanto governo. Noi, invece, ci troviamo in una situazione diversa. Questo non sta a significare che la nostra situazione sia la migliore, anzi, quel che voglio dire è che, data la profonda diversità dei vari contesti regionali, calare dall'alto un'organizzazione uguale per tutti potrebbe non essere la soluzione più adeguata a rispondere realmente ai bisogni delle persone.

Credo che ogni realtà debba valutare il proprio il bisogno e di conseguenza l'intervento da apportare nel proprio territorio.

Un'ottima novità è, invece, quella dell'Infermiere di Comunità, che ricalca un po' la figura degli infermieri che ci sono nelle medicine di gruppo integrate, ma prevede finalmente l'attività a domicilio. L'attività dell'Infermiere della Comunità, combinata con l'attività di screening e con tutto il lavoro di attivazione cognitiva che possono svolgere le associazioni di volontariato, rappresentano un tassello fondamentale nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, che io credo siano gli aspetti su cui dobbiamo puntare maggiormente.

L'obiettivo dev'essere quello di attuare la vera medicina di comunità, che sia in grado di attivare le risorse di cui dispone e di metterle in rete, sia per fare prevenzione che per fare assistenza. Ad un certo punto lungo il percorso ci siamo persi a centralizzare troppo; ora abbiamo bisogno di ritornare nel territorio, di conoscerlo e mettere a fattor comune le sue potenzialità.

Per fare questo è importante anche stabilire quale sia realmente il ruolo dell'ospedale all'interno di questo sistema.

C'è stato un tempo in cui si pensava che i pazienti seguiti dall'ospedale e quelli seguiti sul territorio fossero diversi, che vi fossero l'acuto e il cronico. In realtà, l'acuto è un paziente cronico che si è acutizzato, quindi la vera questione sta nel come costruire i percorsi assistenziali e come realizzare un'integrazione efficace tra ospedale e territorio. Aggiungo che, un limite è, secondo me, la concezione per cui il lavoro svolto nel territorio serva solamente per fare da barriera all'ospedale. Credo che non possa esserci una vera innovazione del territorio se non c'è anche un'innovazione dell'ospedale.

Tra l'altro, andando a vedere i risultati LEA nel Veneto, i risultati delle cure territoriali sono molto elevati, mentre i risultati dell'ospedale, confrontati con quelli di altre Regioni, sono certamente buoni ma non così elevati.

L'ospedale ha bisogno di innovazione per poter andare oltre la suddivisione per reparti e per patologie, lavorando, invece, per intensità assistenziale e dev'essere in grado di gestire le ammissioni protette, realizzando dei percorsi d'entrata paralleli a quello del Pronto Soccorso, che attualmente funge un po' da filtro per qualsiasi cosa.

Questo secondo me è un argomento che sta cominciando ad essere dibattuto, anche alla luce delle evidenti difficoltà che sta affrontando il comparto ospedaliero a causa della mancanza di un numero adeguato di posti letto, che pesa particolarmente nel periodo post pandemico, in cui l'esigenza da gestire è maggiore data la grande quantità di pazienti con diagnosi tardiva o che presentano complicazioni causate dalla malattia.

La domanda cruciale che ci dobbiamo porre è "Qual è il nostro ruolo nel percorso della persona?". A livello territoriale questa questione viene affrontata di continuo, mentre l'ospedale, proprio per l'organizzazione che ha, tende a ragionare per parentesi di setting assistenziali più che per percorsi assistenziali, vedendo sempre il ricovero più che la persona. Prendiamo, ad esempio, i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che si sviluppano per patologie; partendo dal presupposto che nello scenario epidemiologico attuale sempre più persone presentano comorbidità, il problema dei PDTA è che essi si concludono all'interno dell'ambito ospedaliero, mentre quello che in realtà fa la differenza sono i percorsi integrati di cura, cioè il percorso dentro e fuori, tra ospedale e territorio.

Per me è proprio questa la questione principale: come costruiamo i percorsi tra di noi, territorio e ospedale? Che ruolo ha l'ospedale nella presa in carico delle persone e che ruolo ha il territorio, quando e come invia i pazienti in ospedale?

È fondamentale porsi queste domande, perché se non siamo in grado di costruire dei percorsi di cura integrati all'interno del raccordo tra ospedale e territorio, genereremo sempre liste d'attesa.

Tra le altre cose, per concludere, direi che un aspetto cruciale sul quale dobbiamo lavorare per realizzare una reale integrazione, sono i sistemi informativi, su quale abbiamo perso un po' di partite perché ce ne siamo costruiti tanti e diversi e il futuro sarà anche questo».