



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Laurea Magistrale in Management pubblico e dei Sistemi socio-sanitari

TESI DI LAUREA

**LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA IN ITALIA:
LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE DI FONTECCHIO
NELLA REGIONE ABRUZZO**

SOCIAL-HEALT PROGRAMMING IN ITALY:
THE HEALTCARE RESIDENCE OF FONTECCHIO
IN THE ABRUZZO REGION

Relatore

Prof.ssa Carla Moretti

Laureando

Alfredo Tursini

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

Sii il cambiamento che vuoi vedere avvenire nel mondo

Mahatma Gandhi

Ringraziamenti

Con amore alla mia famiglia, ai miei amici, ai miei pazienti e a tutti coloro che hanno reso possibile il traguardo della laurea.

INDICE

<i>Indice</i>	pag. 4
<i>Introduzione</i>	7
<i>Capitolo I</i>	8
La programmazione socio-sanitaria territoriale in Italia e nella Regione Abruzzo	8
1.1 L'integrazione socio-sanitaria in Italia	8
1.1.1 L'integrazione socio-sanitaria a partire dalla riforma	8
1.1.2 Criticità e possibilità emerse dopo la riforma	10
1.1.3 L'integrazione socio sanitaria nei vecchi e nuovi Lea	14
1.1.4 L'ampliamento delle aree di integrazione nei Lea del 2017	16
1.1.5 I diversi piani della necessaria integrazione	19
1.1.6 Le risorse economiche necessarie per un'adeguata integrazione sociosanitaria	37
1.1.7 I Liveas per un'effettiva integrazione sociosanitaria	43
1.1.8 Il DM 71 nel PNRR: la riorganizzazione dell'assistenza territoriale	46
1.1.9 Le professionalità	58
1.1.10 Le aree dell'integrazione	62

1.2 La Regione Abruzzo:	66
percorsi di integrazione socio-sanitaria	
1.2.1 Residenzialità e semiresidenzialità – il sistema integrato	66
1.2.2 Servizi per la non autosufficienza	67
1.2.3 Servizi per la disabilità e per la salute mentale	68
1.2.4 L’ambito distrettuale n.5 della provincia di L’Aquila	70
1.2.5 Aspetti demografici dell’ambito distrettuale n.5 “Montagne Aquilane”	72
1.2.6 I fabbisogni sociali	76
1.2.7 Il sistema di offerta	78
1.2.8 Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private	80
 <i>Capitolo II</i>	88
Disturbi psichici e demenza:	88
dati e analisi sulla situazione in Italia e in Abruzzo	
2.1 Dati relativi alla popolazione	88
2.2 Dati relativi ai disturbi psichici e alla demenza (a livello nazionale)	91
2.3 Dati relativi alle strutture pubbliche e private residenziali accreditate per tipo di assistenza	94
2.4 Analisi dei dati	99
 <i>Capitolo III</i>	101
La nuova struttura organizzativa e gestionale della Rsa di Fontecchio	101
3.1 La Residenza sanitaria assistenziale di Fontecchio	101

3.2 Un'indagine rivolta al personale socio-sanitario dedicato all'assistenza territoriale	102
3.3 Neuromed: la nuova gestione della Rsa di Fontecchio	113
3.4 Setting assistenziale previsto	114
3.5 Servizi proposti	118
3.6 Il fundraising dell'associazione "Con Alfredo Onlus" a favore di pazienti inseriti nei percorsi di cura socio-riabilitativi	121
<i>Conclusioni</i>	125
<i>Bibliografia</i>	127
<i>Sitografia</i>	131

Introduzione

L'obiettivo principale di questa tesi è quello di creare un documento che possa rispondere alle esigenze di tutti coloro che hanno un interesse finalizzato allo sviluppo dell'assistenza e dei servizi nel territorio con particolare riferimento alla Rsa di Fontecchio. L'aspetto più importante in questo contesto è l'integrazione socio-sanitaria, se ben strutturata consente di realizzare un'assistenza capillare che si traduce in azioni volte al costante soddisfacimento dei bisogni di salute dell'assistito. È doveroso e utile esporre gli argomenti iniziando dalla programmazione socio-sanitaria territoriale in Italia e in Abruzzo in modo da avere informazioni su come essa si struttura e si sviluppa; è importante sapere quali sono i livelli di organizzazione e di assistenza socio-sanitaria della Regione Abruzzo, quali opportunità offre e come si pone rispetto all'Italia in termini di efficienza ed efficacia. La Residenza Sanitaria Assistenziale di Fontecchio, che merita un capitolo a parte, negli ultimi anni è stata attraversata da diversi cambiamenti gestionali che hanno portato la struttura ad indebolirsi sia dal punto di vista organizzativo sia per quanto concerne l'assistenza diretta ai pazienti. Sappiamo però che la Rsa, fortemente voluta da Don Emido Di Pasquale, per molti anni parroco di Fontecchio, ha molte potenzialità che si traducono in qualità di risorse interne, sostegno da parte del sistema istituzionale e possibilità di forte interazione anche strategica con gli enti socio-sanitari e amministrativi territoriali.

Capitolo I

La programmazione socio-sanitaria territoriale in Italia e nella Regione Abruzzo

1.1 L'integrazione socio-sanitaria in Italia

1.1.1 L'integrazione socio-sanitaria a partire dalla riforma

Nei primi anni 2000 il welfare italiano si apre con una riforma dei servizi che porta la sfera socio-assistenziale ad essere considerata allo stesso livello di sanità e scuola relativamente alle decisioni politiche e alle risorse finanziarie e umane da impiegare.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 tratta l'integrazione sociosanitaria in cui si definiscono le principali prestazioni di natura assistenziale. La legge n. 833/1978 inquadra l'assistenza sanitaria come sistema ma solo nel 2000 (L. 328) gli interventi di carattere sanitario "abbracciano" il contesto sociale mentre il welfare contemporaneo si sviluppa territorialmente tra Stato, Regioni e Comunità locali; il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 riserva delle risorse da destinare allo sviluppo di Progetti obiettivo nelle aree: materno-infantile, handicap, psichiatria, tossicodipendenze, anziani, lungodegenze.

Le politiche sociali in Italia stanno affrontando un periodo molto difficile sia per l'aumento dei bisogni sociali sia per la riduzione delle risorse necessarie a soddisfare tali bisogni.

Il tema della riorganizzazione territoriale delle politiche rappresenta un nodo cruciale nei processi di riforma dei sistemi regionali di welfare che si intreccia con l'altro aspetto fondamentale delle relazioni fra gli attori chiamati a rispondere ai bisogni sociali e di salute dei territori (Ascoli, Ranci, 2003).

I principali provvedimenti legislativi relativi all'integrazione socio-sanitaria sono:

- DPR 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale, triennio 1998-2000.

Si individua l'integrazione sociosanitaria a vari livelli, il Distretto è al centro di tale integrazione.

- Decreto legislativo n. 229 del 19/6/1999. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Si elencano tutte le prestazioni che soddisfano i bisogni di salute di carattere socio-sanitario anche attraverso percorsi socio-riabilitativi.

- Legge n. 328 dell'8/11/2000. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Segna il passaggio dalla concezione di utente a quella di persona nella sua totalità inserita nel contesto familiare e territoriale; quindi il passaggio da una accezione tradizionale di assistenza ad una di protezione sociale attiva in cui la persona si inserisce nella società attraverso la valorizzazione delle sue capacità.

- DPCM del 14 febbraio 2001. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie. Descrive le prestazioni sanitarie anche a medio-lungo

termine in cui si prevedono per la persona progetti multidimensionali. Le prestazioni sociosanitarie sono definite tenendo conto della natura del bisogno e dell'intensità e durata dell'intervento.

- DPCM del 29 novembre 2001. Il DPCM individua tre Livelli:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che riguarda le attività di prevenzione rivolte ai cittadini e alle singole persone tra cui prevenzione e controllo delle malattie infettive, sicurezza degli ambienti di lavoro, sorveglianza delle malattie croniche, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, igiene e salute animale, sicurezza alimentare.
- Assistenza distrettuale, si riferisce alle attività e ai servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio: assistenza farmaceutica, assistenza ambulatoriale, assistenza residenziale, assistenza semiresidenziale, assistenza domiciliare.
- Assistenza ospedaliera, pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, riabilitazione, lungodegenza post acuzie, altre attività complesse.

1.1.2 Criticità e possibilità emerse dopo la riforma

Negli anni successivi al 2001 viene a mancare del tutto il ruolo centrale dello Stato e le Regioni, lasciate sole, hanno seguito percorsi molto diversi nei contenuti organizzativi; l'Italia è il paese dell'Unione europea che destina meno fondi per i bisogni dei cittadini; la spesa pubblica primaria, ovvero la spesa pubblica al netto degli interessi sul debito pubblico è pari, nel nostro paese a circa un terzo (32,4%) del

Pil, contro una media dei paesi area euro del 37,8%. Siamo all'ultimo posto, lontani anni luce dall'Europa del Nord, così come da Olanda, Irlanda, Regno Unito e Francia che presentano valori al di sopra del 40% (Ascoli, 2011).

C'è da considerare la crisi del 2007 che ha portato la politica a fare dei “tagli” a previdenza sociale ¹, sanità, scuola, lavoro e servizi sociali mentre le politiche socio-assistenziali subiscono un cambio di programma che produce un indebolimento dei servizi territoriali con conseguenti disagi sulle famiglie che si ritrovano nelle condizioni di sostenere, con proprie risorse economiche, eventuali spese per bisogni di natura socio-sanitaria. Nel corso del tempo scompaiono i LivEAS (livelli essenziali di assistenza sociale) e aumentano le disuguaglianze quindi le differenze sociali, assistenziali ed economiche tra nord e sud; distanze marcate compaiono anche tra Welfare del Nord e Welfare del Sud.

Negli ultimi dieci anni la disuguaglianza in Italia si è intensificata. I divari tra i ricchi e i poveri sono aumentati e cresce il numero di persone in condizioni di povertà estrema. I gruppi a più basso reddito non sembrano aver beneficiato della debole ripresa economica degli ultimi anni. A livello nazionale, prima della pandemia, la

¹ Gli obblighi previdenziali tendono ad essere definiti a livello d'impresa, di settore produttivo e/o di categorie sociali e di età.

Fonte: D. NATALI e F. STAMATI, *Le pensioni “categoriali” in Italia: legislazione e messa in opera del nuovo sistema multi pilastro*, paper preparato per la sessione Autunnale di Espanet Italia, Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011.

percentuale di famiglie che vivono in condizioni di povertà estrema è quasi raddoppiata al 6,9 % (2017), il cui dato peggiore (10,3 %) si registra nell'Italia meridionale (Istat 2018). Nel 2014 la ricchezza netta media pro capite è diminuita da 88.625 EUR a 87.451 EUR. Il 20,3 % della popolazione, circa 12 235 000 individui, è a rischio di povertà (2017) ². Nel 2018 la ricchezza dei 21 miliardari italiani più ricchi presenti nella classifica stilata da Forbes è stata pari a tutte le risorse detenute dal 20 % più povero della popolazione.

Si può affermare, dunque, che l'integrazione socio-sanitaria italiana manifesta molte debolezze. Le scelte politiche sono condizionate da una crisi prima culturale e poi economica; la globalizzazione indirizza verso mercati su larga scala che impoveriscono le medie-piccole imprese e gli enti del terzo settore con conseguente riduzione qualitativa e quantitativa dei servizi territoriali; i tagli alla sanità, alle scuole, alla previdenza, la scomparsa dei LivEAS creano disagi alle famiglie (soprattutto a quelle povere) che esprimono sempre di più difficoltà nel soddisfare i propri bisogni di cura. Le differenze strutturali ed economiche tra il nord e il sud della penisola così come tra le varie Regioni rivelano sia il mancato obiettivo di un utilizzo improprio delle risorse che, al contrario, avrebbe portato all'aumento dei servizi e a un miglioramento dell'assistenza.

² ISTAT, Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie, 2018. *Si consideri che, secondo i dati ISTAT, la soglia è il 60% del reddito mediano, mentre l'obiettivo di sviluppo sostenibile 10.2.1 usa il 50%.*

Nonostante queste criticità, in ambito territoriale rimane costante l'impegno per garantire sostegno e servizi alla persona, ciò si riscontra anche dalla volontà di potenziare le cure primarie attraverso progetti per la realizzazione di "Case della Salute" e "Ospedali di Comunità".

La Casa della Salute è da considerarsi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di medicina generale e specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione; in essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale; in definizione è ben precisata la presenza fondamentale nella struttura del Medico di medicina generale (Gentili 2018).

Le Case della Salute vengono attivate a sostegno della rete integrata; in questo senso i distretti godono anche di una certa autonomia; pur non essendo presente tale etichetta nel Piano regionale, non mancano punti di forte complementarità tra gli obiettivi del Piano stesso e la Casa della Salute nella sua filosofia, ovvero come sperimentazione di un nuovo rapporto tra ospedale e territorio (Ciarini, Pipan, Pedone, Romano, 2011).

Lo stesso discorso vale per l'Ospedale di Comunità; questo tipo di struttura svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di

evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio; è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti (Banchieri, Dal Maso, De Luca, Ronchetti, 2022).

1.1.3 L'integrazione sociosanitaria nei vecchi e nuovi Lea

Come è noto gli unici Lea che si possono considerare sono dunque quelli *sanitari*, definiti per la prima volta con D.P.C.M. 29 novembre 2001 e recentemente ridisciplinati mediante il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che individuano le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini.

Già il D.P.C.M. del 2001 ribadiva la necessità dell'integrazione sociosanitaria, specificando che, con riguardo ad essa, “la precisazione delle linee prestazionali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza”, e che “questa specifica area erogativa merita una trattazione specifica per il rilievo che assume, all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell' individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio” rinviando nello specifico al D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 sulle prestazioni sociosanitarie, sopra richiamato.

Pochi anni dopo l'approvazione dei Lea sanitari è emersa nel dibattito pubblico l'esigenza di una loro revisione: il Patto della salute 2014 – 2016 ne prevedeva l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2014; tale previsione è stata “ratificata”, insieme alla restante parte del Patto, dalla legge n. 190/2014 (la legge di stabilità 2015). La successiva legge di stabilità (quella per il 2016: legge n. 208/2015) ha previsto un incremento di spesa per la revisione dei Lea ed ha definito le possibili procedure di revisione. I lavori di revisione sono iniziati nei primi mesi del 2014 e si sono conclusi con l'emanazione del richiamato D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che ha definitivamente superato (con l'abrogazione espressa) il precedente atto del 2001. Il nuovo decreto, come è stato rilevato, non costituisce un vero e proprio aggiornamento del testo del 2001, bensì una nuova scrittura secondo una nuova concezione diversa di assistenza sanitaria.

In ogni caso, merita analizzare quali differenze emergano tra i due testi, con specifica attenzione agli ambiti di intervento di interesse del presente intervento, ovvero all'ambito delle prestazioni sociosanitarie.

Il D.P.C.M. del 2001 (come risultante dal testo pubblicato nella *Gazzetta ufficiale*, serie generale, n. 33, del 8 febbraio 2002) distingueva i seguenti macro-livelli di assistenza: “Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare”, “Assistenza territoriale semi-residenziale”, “Assistenza territoriale residenziale” (oltre all’“Assistenza penitenziaria”). Al contrario, l'atto del 2017 distingue le prestazioni sociosanitarie rientranti nei Lea tra quelle *a)* “domiciliari” da quelle

b) “territoriali”, c) “semiresidenziali” e d) “residenziali”.

Come si nota, nell’atto del 2017 non compare più il riferimento all’assistenza *ambulatoriale*, che forse deve ritenersi ricompresa tra le prestazioni *territoriali*.

L’aspetto tuttavia che merita maggior interesse riguarda quali prestazioni “nuove” vengano ricomprese nei nuovi Lea, e quali invece scompaiano rispetto all’atto del 2001.

1.1.4 L’ampliamento delle aree di integrazione nei Lea del 2017

In primo luogo occorre rilevare i cambiamenti relativi agli aspetti generali dell’integrazione sociosanitaria. I Lea del 2017 prevedono che il SSN garantisca l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Il riferimento alla valutazione *multidimensionale* dei bisogni sostituisce la previsione, contenuta nel D.P.C.M. del 2001, alla valutazione *multidisciplinare*: per valutazione multidimensionale deve intendersi quella finalizzata ad accertare la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, include quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente”. Il mutamento terminologico si dovrebbe spiegare in relazione al passaggio dal riferimento alle competenze professionali necessarie

per compiere una valutazione integrata al riferimento, invece, alle dimensioni personali che devono essere considerate ed indagate: se così è, la differente formulazione esprime un significativo passo in avanti, perché incentra l'obiettivo dell'intervento sulla persona da assistere più che su coloro ai quali è attribuita la responsabilità dell'assistenza.

Sulla base della valutazione indicata, deve essere predisposto il Progetto di assistenza individuale (PAI), nel quale definire i bisogni terapeutico – riabilitativi e assistenziali della persona; esso è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Per quanto riguarda le prestazioni che richiedono “l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali”, esse sono definite – come nel 2001 – in relazione a categorie di soggetti destinatari: può essere utile, al riguardo, un confronto tra le categorie previste nei Lea del 2007 rispetto a quanto previsto in quelli del 2001, anche al fine di individuare le aree nelle quali l'integrazione sociosanitaria viene ritenuta necessaria.

Possiamo dunque ritenere che il D.P.C.M. del 2017 prenda in considerazione una categoria di soggetti (i non autosufficienti) che nel 2001 non erano stati direttamente previsti.

Un'altra estensione della garanzia dei livelli essenziali può essere riscontrata a vantaggio di coloro che l'art. 25 definisce “minori con disturbi in ambito

neuropsichiatrico e del neurosviluppo”, cui devono essere assicurate tutele nell’ambito dell’assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto. Anche tale categoria non risulta considerata nei livelli del 2001.

Si può dunque ritenere, conclusivamente a questa parte, che con i LEA del 2017 siano state ampliate le categorie di soggetti destinatari di prestazioni socio-sanitarie da ricomprendersi tra i livelli essenziali, sia con riferimento a nuove forme di dipendenza (quella da gioco d’azzardo) che con riguardo a fattispecie non considerate nei precedenti livelli del 2001 (in particolare, le persone non auto-sufficienti e i minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo). Tutte le categorie sin qui elencate sono destinatarie di interventi sanitari e sociali: in molte disposizioni del D.P.C.M. si precisa infatti che le cure (sanitarie) “sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”, ovvero “in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione; mentre in altre il tipo di assistenza viene definito, in generale come assistenza socio-sanitaria. Non si intendono certo enfatizzare le previsioni contenute nel decreto in questione, ben sapendo come si tratti di “formulazioni linguistiche” che non soltanto garantiscono ben poco (specie con riguardo alle prestazioni sociali e socio-sanitarie) di per sé, ma che in taluni specifici casi sono espresse con formulazioni tali da impedire una definizione puntuale, come anche ha di recente rilevato il Consiglio di Stato³.

³ Cons. Stato, sez. III, 6 febbraio 2015, n. 604.

Al contempo, vanno rilevati anche i limiti dell'intervento del 2017: in particolare, si deve osservare che esso non tiene in adeguata considerazione, con riguardo alle risorse economiche, l'incremento del bisogno di servizi sociosanitari da parte della popolazione anziana, non essendo previste risorse aggiuntive per il Capo IV (assistenza sociosanitaria tramite servizi): anche il riparto degli oneri tra sanità e sociale è rimasto sostanzialmente inalterato, con le prevedibili conseguenze cui sopra si è fatto cenno.

1.1.5 I diversi piani della necessaria integrazione

L'integrazione istituzionale

Come da tempo si è rilevato, e come anche gli atti di pianificazione nazionale hanno previsto, l'integrazione sociosanitaria presuppone una coordinazione di interventi su diversi piani, i principali dei quali possono essere sintetizzati utilizzando le definizioni proposte dal Piano sanitario 1998 – 2000 ⁴.

Vi è, in primo luogo, il piano dell'*integrazione istituzionale*, che richiede la “collaborazione fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute” ⁵.

⁴ *L'integrazione sociosanitaria*, www.astrid-online.it.

⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf

Tale collaborazione può realizzarsi attraverso gli strumenti giuridici ordinari (convenzioni, accordi di programma) e riguarda, come si è detto, le realtà istituzionali che sono chiamate a integrare le loro responsabilità (e quindi le loro competenze) al fine di ottenere migliori risultati in termini di salute dei cittadini.

Ad un secondo livello si colloca l'*integrazione gestionale*, che riguarda ed interessa il piano della struttura operativa: essa si realizza pertanto in senso generale nell'ambito del distretto, e più specificamente nei singoli servizi, "individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni".

Vi è infine il piano dell'*integrazione professionale*, che richiede una forte e stretta collaborazione tra le professionalità coinvolte: collaborazione che può risultare facilitata, come ancora evidenziato dal Piano nazionale, dalla costituzione di unità valutative integrate, dalla gestione unitaria della documentazione, dalla valutazione dell'impatto economico delle decisioni, dalla definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, dalla continuità terapeutica tra ospedale e distretto, dalla collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, dalla predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, nonché dall'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Se questo è dunque il quadro dell'integrazione sociosanitaria, quale è il bilancio complessivo che può trarsi dall'evoluzione dei servizi nel nostro Paese?

Partendo dall'ambito dell'*integrazione istituzionale*, possiamo segnalare alcuni tentativi che sono stati attivati, in ambito regionale, per realizzare una più efficace integrazione. Tra questi, certamente il più avanzato è l'ordinamento della Toscana, che fin dai primi anni del duemila avviò un percorso di sperimentazione mediante la realizzazione della "Società della salute": un modello, indicato per la prima volta nel Piano sanitario regionale 2002-2004 e oggetto di sperimentazione secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2005- 2007, che si configurava (e si configura) come un consorzio pubblico senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni. Tale soluzione rispondeva all'esigenza di individuare un nuovo soggetto organizzativo a livello territoriale cui affidare la tutela della salute intesa in senso ampio, valorizzando in particolare l'apporto delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione. Per realizzare tale obiettivo, al Comune sono state attribuite funzioni di programmazione e di controllo, ma anche di compartecipazione al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute, allo scopo di meglio realizzare un adeguato livello di integrazione sia tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, come anche tra questi ambiti e le altre politiche di competenza dell'ente locale, in funzione del miglioramento della salute complessivamente intesa e del benessere sociale della popolazione.

La sperimentazione di tale modello organizzativo, avviata mediante adesione volontaria, ha visto il costituirsi di diciotto Società della salute nelle varie zone della Toscana, le quali hanno riguardato territori abitati da oltre il 60% della popolazione complessiva. Dopo tale periodo fu condotta un'attività di verifica dei risultati, che indusse il legislatore regionale, considerata positivamente la fase della sperimentazione, ad avviare una fase a regime, attraverso l'introduzione, operata con legge 10 novembre 2008 n. 60, di un apposito Capo (III bis) nella legge regionale n. 40/2005. Anche a seguito di alcuni rilievi formulati dalla Corte costituzionale in relazione al modello consortile (in particolare, sentenze n. 326 del 2010 e n. 236 del 2013), con due successive leggi regionali (n. 44 e n. 45 del 2014), è stata prevista la possibilità di scegliere, da parte degli enti interessati, tra il proseguimento del modello "Società della Salute" e la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Azienda Usl di riferimento. Attualmente risultano attive, nel territorio regionale, 21 Società della Salute e 13 Zone distretto "senza" SdS.

Si tratta dunque di un modello che è nato con grandi speranze ed attese, ma che alla prova dei fatti non ha risposto pienamente ad esse, tanto è vero che la legislazione più recente lo ha previsto, come indicato, alla stregua di una possibilità tra più alternative.

Altre regioni hanno percorso strade diverse, complessivamente lontane dall'esperienza toscana.

Da segnalare la legge di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale approvata dal Consiglio regionale delle Marche nel 2003 (L.R. n. 13 del 2003), che nel riordinare il sistema sanitario ha valorizzato le prospettive dell'integrazione sociosanitaria prevedendo la figura del Responsabile dei Servizi di Integrazione Sociosanitaria, equiparato al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario nel supporto al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) (art. 4). Peraltro, la stessa legge distingue, nell'ambito delle strutture organizzative della Giunta regionale, il servizio sanità dal servizio politiche sociali, ripartendo le competenze relative.

La Regione Piemonte si è limitata invece ad istituire, pur in vista del medesimo obiettivo di realizzare una più intensa integrazione sul piano dell'integrazione istituzionale, una Cabina di regia socio-sanitaria tra due direzioni regionali (la Direzione Sanità e la Direzione Coesione sociale), con lo scopo di realizzare successivamente un confronto tra tale Cabina di regia con gli enti gestori e le Asl. Tale iniziativa è stata adottata come prima risposta a livello operativo all'esigenza espressa nel Patto per il sociale del 2015 di affrontare le criticità della presa in carico delle situazioni di non autosufficienza cronica, sempre più onerose per il bilancio regionale.

In altre esperienze - come ad esempio nella regione Lombardia - si è realizzato un modello che ha posto al centro l'ambito sanitario, con conseguente attrazione della gestione dei servizi sociali nell'ambito di quella delle prestazioni sanitarie.

La strada più comunemente seguita ha riguardato l'ambito della programmazione integrata: sono molte le regioni che hanno disciplinato la predisposizione di piani integrati sociosanitari variamente definiti ⁶.

E' difficile stabilire chi detenga il "record" di precedenza cronologica in tale ambito ma si può ritenere che esso sia da attribuire alla Regione Veneto, la quale già con la legge regionale 14 settembre 1994 n. 56 stabilì all'art. 6 che "La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale". Successivamente altre regioni hanno percorso la medesima strada. Così in Emilia – Romagna da più di un decennio viene adottato un Piano integrato sociale e sanitario; come si legge nel Piano recentemente adottato e relativo al triennio 2017 – 2019 (D.C.R. n. 120 del 12 luglio 2017), la scelta è stata "di non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali", in quanto sarebbe "quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato gli sforzi e gli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini".

⁶ https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/2_2018_Rossi.pdf

Analogamente, la programmazione integrata è stata prevista dalla Regione Lombardia con la legge n. 33/2009: tale Regione ha recentemente approvato, con delibera di giunta del 28 dicembre 2017, i nuovi indirizzi per la programmazione sociale a livello locale; mentre la Regione Liguria ha adottato un piano integrato fin dal 2009, e nel dicembre del 2017 ha approvato il suo ultimo Piano in ordine di tempo. Recentemente anche la Regione Sicilia ha adottato un “Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie”: il Piano, approvato con decreto del 31 luglio 2017, è stato indicato da uno degli assessori regionali competenti come “una svolta culturale”, mentre l’altro assessore ha promesso che con tale Piano “non avremo più un’assistenza frammentaria e disorganizzata, ma finalmente saremo guidati da una visione integrata tra sanità e sociale”.

La programmazione *integrata* a livello regionale richiede poi anche un’analoga integrazione a livello di programmazione locale: così, tra le altre, la regione Sardegna, con la legge regionale n. 23/2005, ha previsto la redazione di piani locali unitari dei servizi alla persona (PLUS), mediante i quali i Comuni e l’ATS provvedono alla programmazione e alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e all’attuazione locale dei livelli essenziali sociali e sociosanitari.

Il 2017 si è rivelato un anno particolarmente intenso in termini di adozione di piani integrati regionali: oltre a quelli dell’Emilia – Romagna, della Lombardia, della Liguria e della Sicilia già segnalati, possiamo ricordare anche la delibera 26 aprile 2017 n. 214 della Regione Lazio, con cui si è approvata la proposta di

piano sociale regionale, successivamente alla riforma della legge regionale sul sistema integrato dei servizi e interventi sociali; nonché la delibera della Giunta regionale toscana con cui si è adottata l'informativa preliminare al consiglio regionale per il nuovo piano sanitario e sociale integrato (dgr 65 del 27 dicembre 2017).

In definitiva, su questo punto, possiamo dire che se da un lato sul versante della programmazione integrata è da registrare un significativo consolidamento di tale esperienza, fino a far ritenere ormai abbastanza diffuso il metodo della programmazione integrata socio-sanitaria a livello regionale ed anche locale, sul versante della organizzazione più generalmente intesa non si registrano innovazioni rilevanti.

L'integrazione gestionale e professionale.

Sul piano della *integrazione gestionale*, che – lo si ricorda – riguarda il governo del funzionamento dei servizi e la gestione integrata delle risorse, l'elemento forse più significativo da registrare riguarda l'affermarsi della prassi di progetti personalizzati, che costituisce una sorta di premessa logica ed operativa per interventi integrati. Oltre al riferimento ad essi già nel decreto contenente i nuovi Lea, e di cui si è detto, va richiamata al riguardo la legge n. 208/2015 (legge di stabilità per il 2016) che, nell'ambito della disciplina relativa al Sostegno per l'inclusione attiva (SIA), ha istituito il «Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale», funzionale all'attuazione di un successivo Piano

nazionale: in essa era previsto, come canale di accesso, la valutazione multidimensionale del richiedente (e del suo nucleo familiare), funzionale all'elaborazione di un progetto personalizzato. Il d.lgs. n. 147/2017 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà) ha poi richiesto la necessaria adesione del beneficiario, assoggettato alla prova dei mezzi, a «un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa finalizzato all'affrancamento dalla condizione di povertà», stabilendo altresì che i progetti personalizzati dovranno essere predisposti da una *équipe* multidisciplinare, costituita dagli ambiti territoriali di cui all'art. 8, comma 3, della legge n. 328/2000, in collaborazione con le amministrazioni competenti per i servizi per l'impiego, formativi, sociali e sanitari. Detti progetti personalizzati devono essere elaborati sulla base di «una valutazione multidimensionale del bisogno; una piena partecipazione dei beneficiari alla predisposizione dei progetti medesimi; un'attenta definizione degli obiettivi e un monitoraggio degli esiti, valutati periodicamente tramite strumenti di misurazione dell'impatto sociale». In merito a tali previsioni, e ad altre analoghe precedenti, è condivisibile l'opinione di chi ritiene che per produrre i risultati prefigurati e auspicabili sarebbe necessario il consolidamento, in modi molto più avanzati di quelli sinora realizzati, di forme di gestione associata dei servizi sociali e di correlata valorizzazione del contributo e delle competenze di una pluralità di professioni sociali.

Tutto ciò dovrebbe essere sviluppato ed istituzionalizzato mediante una metodologia di lavoro per progetti, “con unità multiprofessionali chiamate a gestire unitariamente la valutazione del bisogno e la gestione dei processi di servizio”, anche attraverso sistemi informativi integrati ⁷.

Tali esigenze si incontrano con quelle necessarie a garantire anche il “terzo livello” dell’integrazione, vale a dire quella *di tipo professionale*, che presuppone non soltanto una forte sinergia tra competenze tecniche e professionali, ma richiede altresì una condivisione di responsabilità. Al fine di perseguire tale obiettivo, sono stati individuati alcuni strumenti operativi, tra i quali appositi protocolli regolatori delle azioni da compiere e delle mansioni professionali dei diversi operatori; l’individuazione di un *case manager* come riferimento interno ed esterno; una valutazione congiunta degli esiti o *out come* ⁸.
socio-sanitaria. L’attuale assetto delle competenze professionali, infatti, collegato ai percorsi formativi delle specifiche figure professionali (a partire dall’ambito universitario), inducono all’esigenza di forti livelli di specializzazione, sia all’interno dell’area medica che, ancora di più, nella relazione tra personale medico e operatori dell’assistenza sociale: con il risultato di un difficile “dialogo” tra i diversi professionisti impegnati sul versante dell’assistenza, per lo più

⁷ https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/2_2018_Rossi.pdf

⁸ <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/conferenza-nazionale-cure-primarie/banchero>

rimesso alla buona volontà dei singoli ed alle loro capacità personali. E' difficile immaginare, sul punto, un cambiamento di rotta, almeno nell'immediato temporale: e tuttavia se non si comincia a ragionare sulla formazione "socio-sanitaria" sia del personale medico che di quello "sociale" ogni tentativo di integrazione professionale appare difficilmente destinato al successo, con il "sociale" che rischia di rimanere, nella realtà delle cose, ancora "disconnesso" dal sanitario.

L'integrazione "comunitaria" - la riforma del terzo settore.

Rilevante, e in certo modo innovativa, è quella che è stata definita l'integrazione "comunitaria", che si realizza mediante l'integrazione delle diverse risorse – pubbliche e private – operanti sul territorio, e che sono in grado di garantire risposte più adeguate ai diversi bisogni, in termini di prestazioni più flessibili e adattabili alle esigenze di vita delle persone. Che quello dell'assistenza sociale, e conseguentemente dell'assistenza socio-sanitaria, costituisca un ambito privilegiato di questo tipo di integrazione è noto da tempo, se è vero che è stata proprio la considerazione dell'assistenza sociale che ha portato alla scrittura dell'art. 118, comma 4, della Costituzione. E pertanto deve essere considerata con particolare attenzione la recente riforma del terzo settore, avviata con l'approvazione della legge n. 106/2016 ed attuata con l'emanazione di due decreti legislativi, il primo contenente la nuova disciplina dell'impresa sociale (d. leg. n.

112/2017) ed il secondo contenente il Codice del terzo settore (d. leg. n. 117/2017)⁹.

L'insieme della normativa posta in essere costituisce certamente un momento di svolta per la regolazione giuridica del Terzo settore in Italia: per la prima volta abbiamo infatti, raccolta in un Codice unitario, una disciplina generale e organica di questo ambito, ed insieme una definizione normativa di come gli enti del terzo settore debbano essere considerati distintamente rispetto all'universo degli enti non profit¹⁰.

Secondo l'art. 4 del d. leg. n. 117/2017, infatti, sono enti del terzo settore quei soggetti che svolgono “una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi”. L'espressione, frutto evidente di sovrapposizioni e mediazioni, ha nello svolgimento di “attività di interesse generale” l'elemento qualificante: in altri termini, si è terzo settore se si svolgono attività che contribuiscono al “bene collettivo”, mentre se ne dovrebbe essere esclusi se le attività svolte perseguono un interesse “privato” o forse anche un interesse “collettivo”, comunque ritenuto “di parte”.

Il riferimento alle “attività di interesse generale”, con riguardo a ciò che

⁹ <https://www.federnotizie.it/terzo-settore-integrazioni-e-correzioni-dei-decreti-legislativi-n-112-e-n-117-del-3-luglio-2017/>

¹⁰ <https://csvnet.it/csv/storia/144-notizie/2448-il-codice-del-terzo-settore-e-legge-cosa-cambia-con-il-grande-riordino>

contraddistingue “cosa fa” il terzo settore, è al contempo nuovo e vecchio: è *nuovo* perché in termini espliciti non si ritrova in nessuna delle leggi “storiche” comunemente ricomprese nell’ambito concettuale del terzo settore; è *vecchio* perché nelle stesse leggi si ritrovano espressioni diverse ma, forse, assimilabili ad esso. In particolare, la legge sulle cooperative sociali (art. 1 legge n. 381/1991) – quella forse più vicina alla definizione attuale – indica le attività svolte da tali enti come quelle finalizzate a “perseguire l’interesse generale della comunità alla promozione umana e all’integrazione sociale dei cittadini”; la legge quadro sul volontariato (legge n. 266/1991, art. 2) fa invece riferimento a “finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dallo Stato” e dagli altri enti pubblici; il decreto legislativo sulle Onlus (n. 460/1997, art. 10) non specifica, in termini generali, il tipo di attività che tali enti possono svolgere, limitandosi invece ad un elenco di ambiti in cui dette attività devono realizzarsi; tuttavia, nella qualifica stessa di Onlus è contenuto il riferimento all’“utilità sociale”. Espressione, quest’ultima, ripresa anche nella legge sulle associazioni di promozione sociale (legge n. 383/2000): queste ultime sono infatti quelle che svolgono - appunto - “attività di utilità sociale”. Anche il decreto legislativo n. 155/2006, disciplinante l’impresa sociale, individua quella svolta da tale ente come “attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale”. Già limitatamente a questo aspetto, dunque, possiamo dire che un’integrazione “comunitaria” è necessaria, essendo sia gli enti pubblici che questi soggetti

privati finalizzati al perseguimento di attività di interesse generale. In più, la stretta rilevanza ai fini dell'oggetto del presente intervento è testimoniata dall'elenco di attività di interesse generale che il Codice contiene, ed in cui è prevista, l'area delle "prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni": prestazioni che sono distinte da quelle che riguardano l'ambito degli "interventi e servizi sociali" e da quelle connesse ad "interventi e prestazioni sanitarie". Identica previsione è riportata anche nel decreto legislativo riferito alla disciplina dell'impresa sociale (d. leg. n. 112/2017). Si tratta di previsioni non nuove: già la legge sulle cooperative sociali aveva previsto come ambito di intervento delle cooperative di tipo A la "gestione di servizi socio- sanitari ed educativi"; ed anche il decreto legislativo sulle Onlus (d. leg. n. 460/1997) aveva individuato nell'"assistenza sociale e sociosanitaria" l'ambito di attività di tali organismi, sebbene in relazione a quest'ultima previsione soltanto l'assistenza sanitaria consentisse ad essi di qualificarsi Onlus anche a prescindere che la destinazione delle attività fosse a vantaggio di soggetti svantaggiati (mentre, per converso, un ente che svolgesse attività di tipo sociosanitario poteva definirsi Onlus soltanto nel caso in cui l'attività fosse rivolta a tale categorie di persone).

Sebbene dunque non costituisca una novità assoluta, è tuttavia da sottolineare l'ampliamento di prospettiva che il Codice tende a realizzare: le prestazioni sociosanitarie e, quindi, l'area dell'integrazione sociosanitaria, sono considerate

“attività di interesse generale”, e possono essere svolte da tutti gli enti del terzo settore. Oltre all’aspetto definitorio, di sicura rilevanza sono le previsioni del Codice che si riferiscono all’attività di co-programmazione e di co-progettazione, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale ¹¹.

La normativa stabilisce, inoltre, che le amministrazioni pubbliche, “nell’esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento”. Al riguardo, deve positivamente essere rilevato l’allargamento dell’ambito di applicazione dell’attività di co-programmazione oltre l’ambito tradizionale degli “interventi e servizi sociali” e di quelli sociosanitari, per i quali era già previsto dalla legge n. 328/2000 e dal D.P.C.M. 30 marzo 2001¹²: l’attuale formulazione impone infatti un coinvolgimento in tutti i settori di attività (non solo nell’ambito degli interventi socioassistenziali). Al di là di alcuni problemi che detta disposizione apre, anche con riguardo alla ripartizione delle competenze costituzionalmente stabilite tra Stato e regioni, essa impone tuttavia che la logica della

¹¹ https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/3_2020_15_Castorina.pdf

¹² https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/venti_anni_di_328_una_legge_innovativa_piu_apprezzata_dagli_operatori_che_dalla_politica
<https://www.lagazzettadeglientilocali.it/wp-content/uploads/LA-COPROGETTAZIONE.pdf>

programmazione (che è logicamente propedeutica a quella del *co-programmazione*) venga fatta propria e utilizzata anche con riguardo all'area degli interventi sociosanitari.

In ogni caso il Codice, nel definire cosa si intende per *programmazione* (quell'attività cioè finalizzata "all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili") e per *progettazione* (l'attività "finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione" sopra indicati) opera una chiarificazione normativa di attività che già sono note e praticate nella prassi amministrativa: in particolare la programmazione, costituisce "uno strumento fondamentale per garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, la concorrenza nel mercato e, per tali vie, prevenire la corruzione e garantire il corretto funzionamento della macchina amministrativa"¹³.

Proprio per tale ragione sarebbe parso opportuno definire i criteri con cui individuare gli enti del terzo settore da coinvolgere in detta fase.

Il tema dell'integrazione comunitaria, per come qui intesa, trova dunque nel Codice del terzo settore un riconoscimento significativo anche con riguardo

¹³ https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/AttiDellAutorita/_Atto?ca=6421

all'area degli interventi sociosanitari, insieme al riconoscimento di strumenti giuridici mediante i quali l'integrazione può essere perseguita e realizzata da parte delle amministrazioni pubbliche. Tuttavia vi è un altro versante del tema che merita di essere sottolineato: la dimensione del terzo settore non soltanto quale erogatore di prestazioni (o anche co-programmatore e co-progettatore di servizi), ma anche quale possibile soggetto di *reperimento di risorse* per i servizi stessi. Tra le molte previsioni che si potrebbero richiamare al riguardo, merita sottolineare quella relativa ai c.d. enti filantropici, espressione da riferire, a quelle associazioni riconosciute o fondazioni costituite “al fine di erogare denaro, beni o servizi, anche di investimento, a sostegno di categorie di persone svantaggiate o di attività di interesse generale”.

La caratteristica peculiare di tali enti è (dovrebbe essere) quella di erogare denaro: se infatti erogassero (esclusivamente o prevalentemente) servizi, potrebbero risultare in nulla differenti dalle (altre) associazioni e fondazioni del terzo settore. Ed infatti la previsione di tali enti è stata fortemente invocata da un'associazione nazionale denominata Assifero, che raccoglie quelle fondazioni private (di famiglia, corporate e di comunità) e quegli enti che esercitano attività erogativa (esclusiva o prevalente) per il sostegno degli enti del terzo settore e dei progetti da loro promossi. Occorre tuttavia osservare, al riguardo, che il Codice prevede che questi enti non erogino denaro e prestazioni esclusivamente a soggetti del terzo settore, ma anche a “categorie di persone svantaggiate” oppure a “attività di interesse generale”: con la prima previsione si apre alla

possibilità di trasmettere fondi o servizi direttamente a soggetti/persone fisiche individuati dall'ente stesso; con la seconda si riconosce l'eventualità di un'erogazione a favore di enti del TS, come anche di altri soggetti collettivi.

Evitando in questa sede di entrare nel merito delle problematiche connesse a tali previsioni, ciò che si intende rilevare è che tali soggetti, in base a quanto detto, potrebbero adoperarsi per raccogliere risorse (economiche) finalizzate a finanziare servizi e prestazioni, e destinandole o a persone fisiche che intendano (o abbiano la necessità) di rivolgersi a strutture accreditate per ricevere prestazioni di assistenza, ovvero a soggetti erogatori (enti del terzo settore ma, volendo, anche enti profit e amministrazioni pubbliche), per finanziare o co-finanziare l'erogazione di prestazioni. Ciò giustifica la qualifica che si è proposta, di enti che rivolgono la loro attività non tanto alla erogazione di prestazioni quanto al reperimento di fondi per le stesse: in una logica di integrazione comunitaria, dunque, parzialmente diversa e forse anche innovativa rispetto al panorama sin qui noto e descritto.

1.1.6 Le risorse economiche necessarie per un'adeguata integrazione sociosanitaria

Un ulteriore angolo visuale che può risultare interessante al fine di valutare il livello di avanzamento dell'integrazione sociosanitaria nel nostro Paese è costituito dal versante della spesa, sia pubblica che privata, finalizzata all'assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria. Va preliminarmente rilevato, al riguardo, come le politiche nazionali, secondo quanto in parte già sottolineato, non abbiano operato nel tempo un adeguato rafforzamento dell'assistenza sociosanitaria, ed anzi l'adozione di strumenti tesi a garantire il rispetto di parametri di carattere finanziario (conseguenti anche al "nuovo" art. 81 Cost.) abbia impedito, soprattutto nelle regioni sottoposte ai piani di rientro, di operare in conseguenza delle crescenti domande di assistenza. A ciò si aggiunga che, come già rilevato, per la maggior parte dei servizi sociosanitari sono previste forme di compartecipazione alla spesa, e che di conseguenza lo sviluppo di questi servizi è legato alla sostenibilità degli oneri da parte dei Comuni e degli utenti: in periodi storici, come l'attuale, di limitate risorse (sia pubbliche che private) complessive, il mancato sostegno, a livello nazionale, alla "quota sociale" si è tradotto in un depauperamento dei servizi e della capacità dei singoli di poterne usufruire.

Tutto ciò rende evidente la necessità di "integrare l'integrazione", anche mediante risorse private: queste ultime sembrano anzi costituire un'esigenza

imprescindibile per rafforzare e sviluppare servizi e prestazioni sociosanitari. In una prospettiva che non è soltanto tattica ma pienamente costituzionale, in quanto finalizzata a “valorizzare la scelta costituzionale in favore di un’alleanza e non di un’alternatività fra mercato e Stato sociale”¹⁴.

Per comprendere l’entità del problema, è pertanto necessario gettare un rapido sguardo alla dimensione economica del fenomeno di cui stiamo ragionando.

In Italia, sulla base di dati provenienti dalla Corte dei conti e dall’Istat, la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) nel 2016 è stata di 149,5 miliardi di euro, per un’incidenza del 8,9% sul Pil interno: confrontando questi dati con il 2012, si osserva un aumento in termini assoluti di 5.085 miliardi di euro, ma una riduzione relativamente all’incidenza sul Pil (che nel 2012 era del 9,1%). Del complesso di tale spesa, la componente pubblica è (nel 2016) di 112,2 miliardi (era 110 nel 2012), pari a circa il 75% della spesa totale (era il 77,7% nel 2012); quella privata è di 37,5 miliardi (era 34,5 miliardi nel 2012, quindi è cresciuta assai di più rispetto alla spesa pubblica), pari quindi al 25% circa della spesa totale.

Per quanto riguarda la spesa privata, è interessante rilevare come quella definita *out of pocket* è stata nel 2016 di circa 34,1 miliardi di euro, mentre soltanto 3,4 miliardi sono intermediati da forme di finanziamento volontario (quali fondi

¹⁴ https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/2_2018_Rossi.pdf

sanitari integrativi, assicurazioni private, mutue, ecc.). In termini individuali, la media della spesa sanitaria privata pro-capite è stata di 560 euro per quella out of pocket e di 56 euro per quella intermediata (a fronte di 1850 euro per quella pubblica).

Sul versante della spesa sociale pubblica occorre considerare sia quanto viene speso dagli enti locali comunali sia quanto di competenza delle altre amministrazioni (regionali e statale). Per quanto riguarda la spesa sociale comunale, i dati Istat rilevano che nel 2014 (ultimo anno disponibile) la cifra complessiva è stata di 6,92 miliardi (corrispondenti a circa lo 0,43% del Pil nazionale), con una riduzione di quasi il 3% rispetto al 2010.

Per quanto riguarda invece gli interventi realizzati direttamente dallo Stato, si osserva come negli ultimi anni, in aggiunta ai tradizionali interventi di natura “strutturale”, sia fiorita una serie di misure, in alcuni casi episodiche ed in altri modificate e riviste ripetutamente.

Nel complesso, si può stimare in 62,2 miliardi il valore della spesa sociale nazionale nel 2016, comprendente le spese per pensioni e assegni sociali (4.872 milioni), per pensioni di guerra (553 milioni), per prestazioni agli invalidi civili (16.136 milioni), prestazioni ai non vedenti (1.138 milioni), prestazioni ai non udenti (195 milioni), altri assegni e sussidi (14.460 milioni), servizi sociali (o “Prestazioni sociali in natura” secondo la classificazione Istat)(9.149 milioni),

assegni familiari (6.350 milioni) e integrazioni al minimo delle pensioni (9.347 milioni) ¹⁵.

Tale spesa, tutta di natura pubblica, è in larghissima misura una spesa per prestazioni erogate sotto forma di trasferimenti monetari; inoltre, negli ultimi anni la tendenza è andata verso un aumento delle prestazioni monetarie erogate dal livello centrale: vale a dire, come è stato osservato, nella direzione di “prestazioni maggiormente «burocratizzate» e più «lontane» dai beneficiari cui sono dirette”.

Per quanto riguarda infine la spesa sociale privata, dai dati Istat si ricava una spesa complessiva di quasi 1,4 miliardi: ma è da ritenere che vi sia una consistente quota di spesa “in nero”, anche in considerazione del fatto che “molte famiglie sono sempre meno interessate al ‘dare a avere’, perché ‘concorrono a produrre’, cioè a rendere possibili soluzioni umane e umanizzanti, tra curare e prendersi cura, professionali e non professionali, con responsabilità integrate, capaci di rendimento e rigenerazione di risorse”.

Al netto di tali ultime considerazioni, possiamo comunque dedurre che la spesa complessiva per prestazioni sanitarie e sociali nel nostro Paese ammonti a circa 215 miliardi di euro l’anno, di cui almeno 40,9 miliardi sono di spesa privata

¹⁵ A. GUALDANI, *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Milano, 2007

(39,5 sanitaria e 1,4 sociale): a questa deve aggiungersi, come detto, la spesa sociale “sommersa” (o comunque non rilevata) ¹⁶.

Ciò fa dunque emergere un problema: la spesa che il pubblico e il privato destinano a questo tipo di assistenza è rilevante, sia per la componente pubblica che per quella privata, e l’aumento di quella parte della popolazione che ne può avere necessità impone il rinvenimento di ulteriori risorse. Ciò vale soprattutto per la spesa privata, per la quale la situazione italiana, raffrontata a quella di altri Paesi omogenei al nostro, fa emergere un dato di anomalia: in Italia, infatti la spesa *out of pocket* è percentualmente assai più consistente di quanto avviene negli altri Paesi (con conseguenze, tra l’altro, sul piano della regolarità fiscale). Se questo è vero, ne consegue la necessità di “integrare (economicamente) la integrazione”, ovvero di individuare soluzioni finalizzate al reperimento di risorse atte a favorire il godimento delle prestazioni di cui si ha bisogno. Un primo passo può essere costituito dallo sviluppo di forme di copertura della spesa privata, quali assicurazioni; strumenti di previdenza complementare – individuale o collettiva – secondo un piano di accumulo; sistemi di welfare aziendale; fondi sanitari; società di mutuo soccorso ¹⁷.

¹⁶ http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2017/NARP2017-08.pdf

¹⁷ <https://www.assiteca.it/2018/02/polizze-welfare-aziendale-fondi-spesa-sanitaria-privata/>

Si può rilevare che l'esigenza qui rappresentata costituisca una sfida decisiva per mantenere livelli adeguati di assistenza sociosanitaria, ed impedire che anch'essa divenga uno strumento di discriminazione determinato dalle disponibilità economiche individuali: in contesti, è bene ricordare, che di per sé riguardano per lo più soggetti già deboli per ragioni diverse, e talvolta ulteriori, rispetto a quelle di natura economica. In base alla normativa richiamata, sono soggette a detta valutazione le prestazioni rivolte a persone con limitata autonomia - quali interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare - al fine di migliorare la stessa favorendone la permanenza nel proprio domicilio; nonché gli interventi mirati a favorire l'inserimento e l'inclusione sociale della persona disabile o non autosufficiente (in cui rientrano anche prestazioni di natura economica per l'acquisto di specifici servizi). A ciò devono aggiungersi le prestazioni del c.d. ISEE sociosanitario residenze, finalizzato alla richiesta di ricovero presso RSA, RSSA o residenze protette della persona anziana, disabile o non autosufficiente non più assistibile presso la propria casa o dalla propria famiglia (in questo caso va precisato che l'ospitalità alberghiera non è comunque a carico del servizio sanitario nazionale).

Tutte le prestazioni sociosanitarie ulteriori rispetto a quelle indicate sono dunque escluse da una valutazione ISEE: e ciò può creare ulteriore disparità determinata dalla disponibilità economica della persona interessata, specie considerando che i destinatari di tali prestazioni sono di per sé soggetti fragili o "svantaggiati", e che un'ulteriore discriminazione al loro interno potrebbe produrre effetti in

chiara contraddizione con la finalità solidaristica che deve improntare l'azione dello Stato-comunità in forza dell'art. 3, comma 2, Cost.

1.1.7 I Liveas per un'effettiva integrazione sociosanitaria

La tradizionale distinzione tra “sanitario” e “sociale” tende a mostrare sempre maggiori crepe di fronte alla crescita di situazioni in cui soltanto una risposta integrata può rivelarsi efficace in termini di adeguata tutela dei diritti delle persone. Ne sono prova l'allargamento degli ambiti di integrazione sociosanitaria operato dalla nuova disciplina dei Lea; il riconoscimento del ruolo degli enti del terzo settore sul versante anche delle prestazioni sociosanitarie; il rafforzamento delle politiche di integrazione istituzionale, gestionale e professionale; il riconoscimento della necessità di una programmazione integrata sul versante sociosanitario. Si tratta di passi in avanti di cui occorre prendere atto, e che attestano che la “scommessa” ha sin qui pagato, a conferma di un'intuizione iniziale felice ed opportuna.

Tuttavia permangono ancora molte zone d'ombra, che inducono a ritenere che la scommessa non sia ancora vinta: nel corso dell'esposizione sono stati indicati numerosi punti che rivelano come la strada sia ancora lunga, e che il risultato di un'effettiva realizzazione di un'assistenza integrata richiederebbe alcune scelte di sistema al momento difficilmente realizzabili (si pensi, ad esempio, al tema della formazione delle figure professionali).

A ciò si aggiunga un'ulteriore considerazione riferita al piano delle competenze istituzionali, in relazione alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Da un lato, infatti, tale previsione, come attuata nell'ordinamento sino ad oggi, produce un effetto di netta differenziazione tra la tutela del diritto alla salute e quello all'assistenza sociale: se infatti la definizione dei livelli essenziali di assistenza si identifica esclusivamente nella «determinazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale», tale determinazione può realizzarsi con relativa facilità (almeno da un punto di vista tecnico, presupposto necessario per le scelte di tipo discrezionale e perciò politico) in ambito sanitario, tenendo conto che in esso «tale individuazione ha potuto contare su una rete, per quanto non solidissima, strutturata, quella cioè della Aziende Sanitarie Locali provinciali e su di un catalogo di prestazioni codificabili (e già codificate), e dunque ascrivibili in termini di standard tecnici misurabili»¹⁸. Condizione che non si realizza invece in ambito sociale (ed anche sociosanitario), ove ben maggiori e talvolta insormontabili sono le difficoltà di specificare in via legislativa le tipologie di intervento che dovrebbero garantire la soddisfazione del diritto in questione, in quanto esse sono connesse all'individuazione di bisogni prioritari che almeno in parte non definibili¹⁹.

¹⁸ <https://amministrazioneincammino.luiss.it/wp-content/uploads/2010/04/Pizzolato.pdf>

¹⁹ http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2018/08/3_Rossi_II-sociosanitario-una-scommessa-incompiuta-3.pdf

A ciò deve aggiungersi tuttavia un altro rilievo, e cioè che tale assenza significa, nei fatti, consegnare ai territori l'effettiva tutela e garanzia dei diritti cui l'assistenza sociosanitaria è riferita: in "un vestito d'Arlecchino" reso solo in parte più omogeneo (o, perlomeno, meno disomogeneo) dal ruolo svolto dalle regioni. Le quali, tuttavia, possono in certa misura guidare e organizzare la parte sanitaria, mentre più difficilmente riescono ad incidere su quella sociale, di competenza dei Comuni: con l'inevitabile conseguenza di una disomogeneità che dal livello regionale rischia di riversarsi anche su quello territoriale più vicino al cittadino.

Se così è, la mancata attuazione della previsione costituzionale produce conseguenze negative non soltanto sul piano ordinamentale (in relazione cioè ad una disomogeneità territoriale, a fronte di un'esigenza di omogeneità richiesta dalla norma costituzionale), quanto, e ciò è assai più grave, sul piano della tutela dei diritti fondamentali delle persone, cui l'assistenza sociosanitaria è finalizzata: tanto più grave in quanto riferita a soggetti che, versando in condizioni di estremo bisogno, "vantano un diritto fondamentale strettamente inerente alla tutela del nucleo irrinunciabile della dignità della persona umana"²⁰.

²⁰ Corte cost. 5 aprile 2013, n. 62

1.1.8 Il DM 71 nel PNRR: la riorganizzazione dell'assistenza territoriale

Il DM 71 è il frutto del lavoro realizzato con le regioni e con le interlocuzioni di molto soggetti istituzionali, è un documento fondamentale e strategico del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PNRR prevede un pacchetto di investimenti e riforme articolato in sei missioni. Il Piano promuove un'ambiziosa agenda di riforme, e in particolare, le quattro principali riguardano:

- pubblica amministrazione
- giustizia
- semplificazione
- competitività

Il Piano è in piena coerenza con i sei pilastri del Next Generation EU riguardo alle quote d'investimento previste per i progetti green (37%) e digitali (20%).

Le risorse stanziare nel Piano sono pari a 191,5 miliardi di euro, ripartite in sei missioni:

- Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura - 40,32 miliardi
- Rivoluzione verde e transizione ecologica - 59,47 miliardi
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile - 25,40 miliardi
- Istruzione e ricerca - 30,88 miliardi

- Inclusione e coesione - 19,81 miliardi
- Salute - 15,63 miliardi

Per finanziare ulteriori interventi il Governo italiano ha approvato un Fondo complementare con risorse pari a 30,6 miliardi di euro.

Complessivamente gli investimenti previsti dal PNRR e dal Fondo complementare sono pari a 222,1 miliardi di euro.

Con il DM 71 del 2022 si definiscono i modelli assistenziali applicabili ad ogni Regione; come organo di vigilanza è stato individuato l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). Al centro del sistema è previsto il Distretto sanitario all'interno del quale la Casa della Comunità diventa uno dei "pilastri".

In ambito distrettuale si realizzano gli Ospedali di Comunità in cui gli infermieri rivestono un ruolo rilevante.

Le Centrali operative territoriali coordinano i vari servizi distrettuali, viene potenziata l'assistenza domiciliare e si definisce l'utilizzo dei servizi di Telemedicina.

Si stabiliscono inoltre i modelli assistenziali per le cure palliative e per i consultori; aumenta l'offerta dei servizi presso le farmacie.

GLI STANDARD PER IL TERRITORIO

Il Distretto

Il Distretto è il punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. Anche attraverso la Casa di Comunità, prosegue nell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta continuativa ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata relativamente alle risorse, agli strumenti e alle competenze professionali al fine di consentire un'efficace presa in carico del cittadino e un'offerta di servizi più adeguata e specifica. Per svolgere tali funzioni risulta importante da parte del Distretto la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Gli standard del Distretto ²¹:

- in media un Distretto ogni circa 100 mila abitanti;
- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica

²¹ IL DISTRETTO, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

oppure a queste collegate funzionalmente;

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti;
- almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti ;

La Casa della Comunità

La Casa della Comunità è una struttura territoriale dove la comunità accede per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Nella CdC è previsto un approccio di tipo multidisciplinare attraverso équipe di professionisti. In essa si realizzano progetti e si erogano interventi sanitari e di integrazione sociale ²².

Standard:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in

²² LA CASA DELLA COMUNITÀ, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- nella Casa della comunità hub lo standard è di 7-11 infermieri e 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario-amministrativo).

La CdC garantisce l'assistenza territoriale per la popolazione di riferimento. L'attività viene organizzata in modo tale da consentire un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità e altri professionisti della salute, al fine di permettere il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. L'attività amministrativa si esplica anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato alle relazioni con il pubblico e all'assistenza all'utenza.

I professionisti sanitari provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di medicina d'iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi di 12 ore e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC propone un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC hub eroga i seguenti servizi:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie)²³;
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 – 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di
- Telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie a elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute a livello di comunità, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC);
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori;
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità.

²³ LA CASA DELLA COMUNITÀ HUB, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

La CdC spoke eroga i seguenti servizi:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie) ²⁴;
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC);
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

²⁴ LA CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

Le CdC hub devono disporre di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati come descritto di seguito: 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. Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7; è prevista l'attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG che si svolge presso la CdC hub e spoke .

L'Infermiere di Famiglia e Comunità

L'Infermiere di Famiglia e Comunità assiste la persona in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità attraverso l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità si occupa e si preoccupa dei nuovi bisogni sanitari e sociosanitari che possono emergere nella comunità. Si dedica alle attività di promozione, prevenzione e gestione dei percorsi di salute individuali, familiari e di comunità in ambito territoriale.

Standard:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti.
- almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti ²⁵.

²⁵ L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

La Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale è un organismo che prende in carico la persona e che raccorda i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore infermieristico
3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto ²⁶.

L'Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è caratterizzata da attività che si svolgono presso il domicilio, l'intensità e complessità degli interventi varia in relazione ai percorsi di cura e ai piani assistenziali personalizzati.

L'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria a degenza breve che si interpone tra l'assistenza ospedaliera e quella domiciliare, favorisce la cura della persona in luoghi più idonei e protetti e consente di evitare ricoveri ospedalieri non appropriati.

²⁶ LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

Standard:

- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.
- Standard minimo di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:
7- 9 Infermieri, 4-6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di Altro personale sanitario e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 ²⁷.

La rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi che prendono in carico la persona e il suo nucleo familiare in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. Tali servizi sono rivolti all'assistenza di persone affette da patologie ad andamento cronico in cui le terapie risultano inefficaci, mirano alla stabilizzazione della malattia.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti ²⁸.

²⁷ L'OSPEDALE DI COMUNITÀ, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

²⁸ LE CURE PALLIATIVE, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>

Il Consultorio Familiare

Il Consultorio Familiare si occupa di prevenzione, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in linea con il contesto comunitario di riferimento.

È previsto almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali; l'attività di consulenza può svolgersi nelle Case della Comunità.

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) promuove attività volte all'eliminazione delle cause di malattia di origine ambientale, umana e animale, attraverso azioni di coordinamento con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere.

Il massimo di popolazione per DP è 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Telemedicina

La telemedicina è una tipologia di assistenza sanitaria e sociosanitaria che prevede la presa in carico e la cura della persona a distanza, utilizza le tecnologie dell'informazione e della comunicazione; il professionista sanitario può erogare

prestazioni verso l'assistito (telemedicina professionista sanitario – assistito) oppure offrire consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Farmacie

La rete delle farmacie convenzionate con il SSN offre prestazioni e servizi sanitari a favore della salute della cittadinanza; all'interno di questa rete vanno indubbiamente considerati l'aumento e la diversificazione di alcuni bisogni che portano allo sviluppo di attività in aggiunta ai servizi già esistenti tra cui la dispensazione del farmaco, il servizio di accesso personalizzato ai farmaci per i pazienti cronici, la farmacovigilanza, la somministrazione di test diagnostici.

1.1.9 Le professionalità

La molteplicità delle équipes professionali nei servizi sociali e sanitari rivela vari problemi discussi anche in letteratura. A questo si aggiunge un'altra problematica, l'esistenza di diversi assetti istituzionali, che comportano logiche organizzative diverse e diverse procedure (Campedelli, 2007).

Riguardo la dominanza e l'autonomia medica, si considera un cambiamento sostanziale negli ultimi vent'anni che vede altri professionisti (es. infermieri, fisioterapisti, logopedisti e altre) seguire una formazione universitaria che produce livelli più alti di cultura sanitaria; questo consente loro di partecipare al lavoro di équipes insieme ai medici, ne deriva un miglioramento della qualità assistenziale, una riduzione del "potere" dei medici e una maggiore autonomia per le altre professioni.

Negli anni '90 il processo di aziendalizzazione introduce il concetto manageriale che porta i medici ad essere anche dirigenti e a dover rendere conto (accountability) ad altri organismi del sistema sanitario, questo processo crea indubbiamente, per il medico, dei problemi di carattere organizzativo e gestionale.

In merito all'assistenza sociale, invece, ottengono la formazione solo assistenti sociali ed educatori professionali. Riguardo l'assistenza agli anziani, la crescente necessità di cura è stata fronteggiata in un regime di welfare caratterizzato dal "familismo" (Esping-Andersen, 2000), soprattutto con l'assunzione di assistenti familiari (badanti).

La professione di assistente sociale si configura come una professione dinamica, che non si lascia omologare sul modello delle professioni liberali (Trivellato, Lorenz, 2010).

La laurea magistrale in Servizio sociale e politiche sociali, indirizza l'assistente sociale ad esercitare la professione con particolare attenzione verso le politiche sociali.

In tutti i settori, gli assistenti sociali evidenziano l'aumento della complessità delle domande che giungono ai servizi, domande che richiedono un'attenta analisi dei molteplici aspetti inerenti la situazione personale e familiare dell'utente, oltre alle risorse presenti nel territorio; a tal fine "l'unica strategia" che gli operatori intravedono, per la formulazione di progetti adeguati è il raccordo tra i diversi professionisti dei servizi del territorio; questo aspetto è particolarmente evidenziato nell'area anziani e della salute mentale, in cui il progetto di intervento richiede una forte interazione tra gli operatori, e un aspetto rilevante per l'individuazione di percorsi efficaci è la collaborazione che, nel tempo, si è stabilita tra di essi (Moretti 2011).

La formazione continua degli assistenti sociali è molto importante per lo sviluppo della professione e per il miglioramento degli interventi verso le varie tipologie di assistiti; rilevante è anche la formazione relativa agli aspetti relazionali che consente agli assistenti sociali di acquisire un metodo per curare i rapporti con l'assistito e con i suoi familiari soprattutto quando le storie di vita si rivelano complesse.

Un interesse particolare merita l'integrazione del Servizio Sociale presso gli studi associati dei Medici di medicina generale; a tal proposito è stato realizzato uno studio di fattibilità denominato PASSI (Percorsi Assistenziali Socio-Sanitari Integrati) nel Comune di Senigallia, nel periodo settembre 2010 – marzo 2011; i soggetti promotori del progetto sono il Centro Interdipartimentale per la ricerca sull'Integrazione Socio-Sanitaria (CRISS), dell'Università Politecnica delle Marche e il Centro di Riferimento per la Medicina Generale della Regione Marche; hanno partecipato alla realizzazione del progetto l'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), il Comune di Senigallia, l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali e due studi associati di medici di medicina generale presenti nel Comune di Senigallia; dallo studio scaturiscono due modelli di intervento, nel primo (modello di iniziativa) il medico di medicina generale indirizza i pazienti all'assistente sociale con il quale collabora al fine di intervenire sul caso in modo adeguato, nel secondo modello (Opportunità-Attesa) il medico invia i pazienti allo sportello di segreteria professionale, ponendosi come interlocutore dell'assistente sociale per eventuali chiarimenti riguardo la situazione da trattare (Moretti, 2011).

Lo studio di fattibilità PASSI pone una buona riflessione riguardo la possibilità di scelta degli interventi e dei percorsi socio-assistenziali che maggiormente rispondono ai bisogni di cura complessi in ambito territoriale.

Al fine di un riordino del settore delle professioni, nel 2001, viene istituito in Italia il

profilo dell'operatore socio sanitario; la conferenza Stato Regioni del 22 febbraio dello stesso anno, individua la componente didattica dei corsi stabilendo, schematicamente, mansioni e competenze; nel 2003 viene creata la figura dell'operatore socio sanitario complementare in modo che l'operatore possa svolgere le proprie attività in base alla tipologia di struttura sanitaria o al reparto di appartenenza. La professione dell'operatore socio sanitario è intesa come insieme di attività, valori, principi e relazioni che ricadono contemporaneamente entro i confini giurisdizionali di più titolarità occupazionali e che facilita il riconoscimento di un'identità professionale più ampia in quanto delimitata dai bisogni assistenziali manifestati dall'utenza, questo consente all'assistito/utente di porsi al centro della relazione d'aiuto; il ricorso a tale modalità interpretativa romperebbe con la concezione anacronistica dell'assistenza che antepone le esigenze organizzative e professionali a quelle dell'individuo in stato di bisogno, indicando una nuova prospettiva assistenziale basata sulle relazioni e sulle esigenze dell'utenza (Spina 2011).

1.1.10 Le aree dell'integrazione

- Per quanto riguarda l'area anziani è ormai evidente che l'invecchiamento della popolazione diventa sempre di più un argomento ampiamente dibattuto a livello europeo, a livello nazionale nonché a livello locale. L'invecchiamento demografico e il calo del tasso di natalità creano stress sui sistemi di welfare e implicano la necessità di interventi mirati, come politiche di integrazione lavorativa e d'inclusione socio-culturale degli anziani; in generale è necessario che le attività verso le persone anziane coinvolgano in modo attivo, organizzato, competente integrato e coordinato le cure primarie, i servizi sociali, la comunità nonché altri protagonisti attivi del territorio, è cioè essenziale progettare i servizi nel loro insieme in relazione ai problemi della persona e non come conseguenza delle singole malattie che la affliggono (Brolis, Maccani, Perino, 2018).

- L'area dell'età evolutiva è complessa e articolata. Per lo sviluppo delle persone in età evolutiva sono fondamentali la sanità, il sociale e la scuola ed è molto importante articolare interventi di rete soprattutto con le famiglie in modo che si possano realizzare progetti efficaci; la valutazione dei risultati ottenuti prevede l'utilizzo di specifici indicatori. Gli interventi per le famiglie sono caratterizzati da diversi fattori tra cui, far riferimento a una persona o a un servizio per il processo di cura, sostenere i genitori ed invitarli a rivestire un ruolo determinante, consentire l'accesso facilitato a servizi, poter contare sulla scuola.

- I disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale, possono presentarsi in qualsiasi fascia di età senza particolari differenze di genere o di ceto e sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, alimentando spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale; la malattia mentale ha spesso un'origine multifattoriale e quindi necessita di un trattamento integrato (psichiatrico, psicologico, farmacologico, riabilitativo, etc), che frequentemente coinvolge, oltre che il malato, anche la sua famiglia. I percorsi di cura si svolgono all'interno di un progetto individuale personalizzato di cui il paziente, oltre ad essere il soggetto assistito, deve essere soggetto attivo ²⁹.

- L'area delle dipendenze comprende la dipendenza da fumo, da sostanza (legale e illegale), da alcol e da gioco patologico. L'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche necessita di integrazione con interventi che considerano principalmente i bisogni della persona. Spesso la persona con dipendenza patologica ha disagi sociali e relazionali che si generano nei contesti di vita quotidiana come la casa, la scuola e il lavoro; molte volte il soggetto sviluppa o è affetto da uno o più disturbi (es. disturbo della personalità o del comportamento), questo rende più difficile la presa in carico e l'individuazione del percorso terapeutico e socio-assistenziale più adatto. In Italia il sistema più importante per

²⁹ <https://aiutiamoli.it/onlus/salute-mentale>

contrastare il problema delle dipendenze è il SerD (Servizi per le dipendenze patologiche) che ha permesso e permette di creare degli interventi specifici all'interno di una rete integrata di servizi al fine di curare la persona attraverso un approccio di tipo multidisciplinare.

- Il significato di disabilità cambia nel tempo, non riguarda più la riduzione delle capacità funzionali a causa di patologia o menomazione ma considera la relazione tra la condizione di salute della persona e i fattori ambientali. Il concetto di persona con limitazione funzionale sostituisce il concetto di persona disabile. Nella popolazione, le persone con limitazione funzionale vengono descritte e ricomprese principalmente all'interno di quattro aree: dimensione fisica (es. movimento), autonomia delle funzioni quotidiane (esempio lavarsi e vestirsi), ambito della comunicazione (es. vedere e parlare), impedimento di tipo fisico e psichico che, ad esempio, costringono la persona a rimanere dentro casa (Brolis, Maccani, Pierino 2018).

Un aspetto importante da considerare nell'area disabilità è la mancanza del sostegno familiare per le persone con grave limitazione funzionale. Anche in questo caso è necessario costruire l'assistenza su un intervento di tipo multidisciplinare che abbia come obiettivo la realizzazione di un progetto di vita. Di fondamentale importanza sono la valutazione multidisciplinare e la condivisione con la persona e la famiglia di un piano individualizzato.

L'assistenza socio-sanitaria riguardo la disabilità si realizza principalmente su:

sviluppo dei servizi di rete che coprano l'intero ciclo di vita e la fase in cui vengono

meno i genitori e le figure di riferimento (“Dopo di Noi”); offerta di percorsi formativi e affiancamento ai genitori; creare una vita indipendente anche attraverso nuove forme di abitare; inclusione sociale partendo dall’integrazione lavorativa.

1.2 La Regione Abruzzo: percorsi di integrazione socio-sanitaria

All'interno del Piano sociale regionale 2016-2018 ci sono degli obiettivi specifici che prevedono un'integrazione gestionale attuabile attraverso i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Nei LEA sono tracciati i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali ³⁰.

1.2.1 Residenzialità e semiresidenzialità – il sistema integrato

Il contesto residenziale e semiresidenziale è regolato in Abruzzo dalla L.R. 32/2007 per quanto concerne autorizzazione e accreditamento, dal Piano sanitario regionale 2008-2010 e da diversi atti.

LEA:

- l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale ai non autosufficienti a tutela di persone con varie patologie e disturbi tra cui demenza, deficit neurologici, disturbi del comportamento e a tutela di persone non autosufficienti con bassa necessità di assistenza sanitaria;
- l'assistenza socio sanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita con un sistema integrato di prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, sociali; queste prestazioni vengono generalmente erogate presso gli Hospice;

³⁰ Piano sociale regionale 2016-2018, linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria

- l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali, i trattamenti residenziali socio-riabilitativi sono rivolti a soggetti parzialmente non autosufficienti che non possono essere assistiti in famiglia; i trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale sociosanitario;
- l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, i trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento sono erogati insieme a prestazioni assistenziali per la tutela di persone con gravi disabilità, in regime semi-residenziale e residenziale;
- l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche, prevede prestazioni come la psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), gli interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale.

1.2.2 Servizi per la non autosufficienza

Il Piano sociale – regionale 2016-2018 prevede degli interventi di integrazione socio-sanitaria che possono essere realizzati con il fondo sanitario nazionale e il fondo nazionale per le non autosufficienze. Sono previste le seguenti azioni:

- si inseriscono le figure specialistiche per l'assistenza in età pediatrica e per patologie dell'età adulta. In questo contesto è importante sottolineare la sinergia tra UVM (Unità Valutative Multidisciplinari) e servizi sociali territoriali e distretti sanitari in ambito distrettuale;

- viene potenziata l'assistenza domiciliare sociale e integrata attraverso l'incremento delle risorse sanitarie e la collaborazione fra ambiti distrettuali sociali e distretti sanitari;
- si sviluppano i centri diurni per persone non autosufficienti con patologie neurodegenerative;
- si individuano e si assistono pazienti in strutture di residenzialità e di semi-residenzialità;

1.2.3 Servizi per la disabilità e la salute mentale

Il piano sociale regionale 2016-2018 tratta la disabilità in materia di integrazione socio-sanitaria, nello specifico:

- sviluppa servizi per la residenzialità utilizzando il modello del “dopo di noi” per persone con disabilità grave le quali per vari motivi si ritrovano senza il sostegno familiare;
- adotta scale per classificare il bisogno e programmare gli interventi personalizzati;
- realizza progetti individualizzati per i disabili (L. 328/2000);
- attua sul territorio regionale e all'interno del Piano distrettuale sociale degli interventi integrati socio-sanitari tra cui diagnosi, cura delle persone con disturbi dello spettro autistico;

- prevede programmi distrettuali con integrazione e coinvolgimento del terzo settore,
- crea servizi per le persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- realizza interventi socio-sanitari per favorire l'inclusione nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia.

L'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

- in questo caso il Servizio sanitario nazionale prevede un programma terapeutico individualizzato in cui vi sono prestazioni specialistiche, domiciliari terapeutiche e psicologiche come indicato dalle norme in materia.

L'assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi neuro- psichiatrici

- il Servizio sanitario nazionale prevede lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato tra cui colloqui psicologici/psicoterapeutici, colloqui per il sostegno alla famiglia, interventi di supporto alla vita quotidiana, interventi sulla rete sociale.

L'assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità

Per le persone con disabilità il Servizio Sanitario Nazionale prevede lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato con prestazioni relative a:

- valutazione diagnostica multidisciplinare;

- programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;
- gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- colloqui psicologici/psicoterapeutici;
- sostegno alla famiglia;
- recupero e mantenimento funzionale in ambito psico-motorio;
- interventi di supporto alle attività della vita quotidiana;
- interventi di socializzazione;
- consulenze specialistiche;
- collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri;
- collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche.

1.2.4 L'ambito distrettuale n.5 della provincia di L'Aquila

Per lo svolgimento di tutte le sue attività la Comunità Montana “Montagna di L'Aquila”, in qualità di ECAD (ente capofila ambito distrettuale), riceve finanziamenti statali, regionali e di altri enti pubblici o soggetti privati, riceve cofinanziamenti da parte dei Comuni dell'Ambito. Gli atti amministrativi e gestionali vengono adottati, sentita la Conferenza dei Sindaci, dagli organi politici e gestionali dalla Comunità Montana “Montagna di L'Aquila”.

La Conferenza locale socio-sanitaria e il sistema di integrazione

I bisogni analizzati in ambito territoriale e regionale evidenziano la necessità di realizzare un'integrazione socio-sanitaria ritenuta fondamentale per il raggiungimento

degli obiettivi di salute in risposta a bisogni sempre più complessi; questo prevede la collaborazione tra la ASL e l'ECAD n.5 in base al PSN, al PSR e alla L.328/2000.

A livello istituzionale promuove obiettivi di salute comuni, a livello gestionale diventa una struttura operativa per l'espletamento di tutte le attività, a livello costituisce un'unità di valutazione e predispone percorsi assistenziali integrati in collaborazione con gli enti territoriali e strutture residenziali.

La legge quadro sui Servizi Sociali (L. n. 328/2000) definisce gli interventi relativi alle prestazioni socio-sanitarie e i criteri di finanziamento per ciò che compete ai vari servizi e alle strutture. I criteri fanno riferimento alla natura del bisogno, alla complessità dell'assistenza e alla durata.

Importante è la “Conferenza locale integrata socio-sanitaria” (CLISS) che interviene a livello distrettuale e che è il punto di legame tra i Comuni e la ASL, essa definisce le scelte relative all'integrazione socio-sanitaria.

I compiti della Conferenza sono:

- definire i programmi socio-sanitari in ambito territoriale;
- individuare le azioni comuni per le attività territoriali del Distretto Sanitario;
- vigilare sulla correlazione tra azioni individuate e azioni svolte secondo le

La convenzione tra Ambito e Asl definisce:

- la realizzazione dei servizi sociali e sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria.

- l'organizzazione per coordinare i percorsi assistenziali integrati
- l'utilizzo del personale per l'espletamento dei servizi con l'impiego anche di un coordinatore responsabile dell'assistenza territoriale;
- la disponibilità di materiale informatico per l'inserimento e la visibilità dei dati condivisibili in rete.

1.2.5 Aspetti demografici dell'Ambito Distrettuale n.5 "Montagne Aquilane"

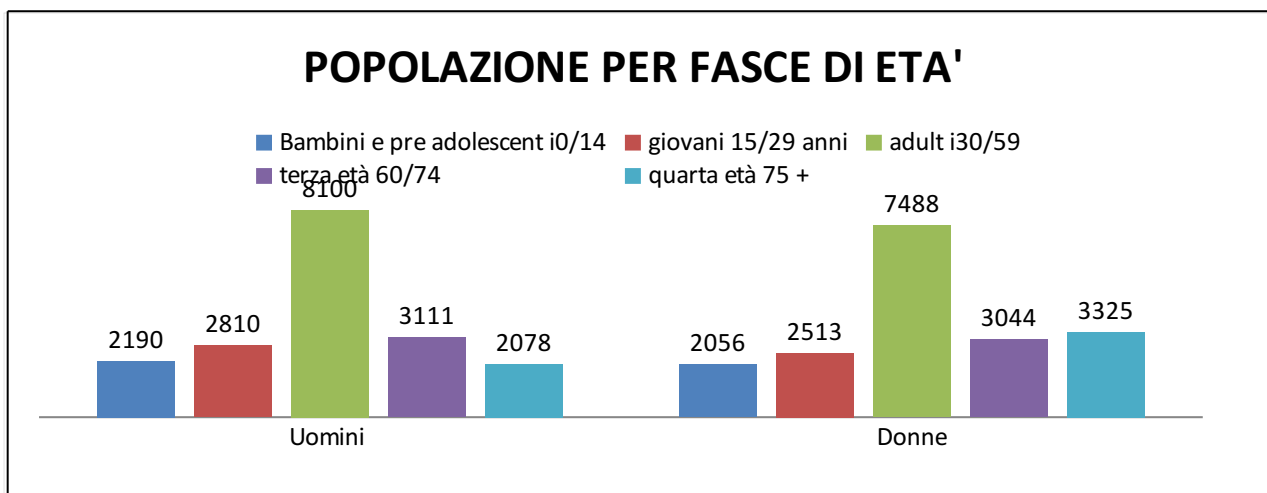
L'Ente d'Ambito Distrettuale n. 5 "Montagne Aquilane"³¹ che raggruppa i territori degli Ex enti d'Ambito n. 9 "Alto Aterno", n. 11 "Montagna di L'Aquila e il n. 13 "Sirentina". Fanno parte dell'Ecad n. 5 i seguenti paesi: Acciano, Barete, Barisciano, Cagnano Amiterno, Calascio, Campotosto, Capestrano, Capitignano, Caporciano, Carapelle Calvisio, Castel del Monte, Castel di Ieri, Castelvechio Calvisio, Castelvechio Subequo, Collepietro, Fagnano Alto, Fontecchio, Fossa, Gagliano Aterno, Goriano Sicoli, Lucoli, Molina Aterno, Montereale, Navelli, Ocre, Ofena, Pizzoli, Poggio Picenze, Prata D'Ansidonia, Rocca Di Cambio, Rocca Di Mezzo, San Benedetto In Perillis, San Demetrio Ne' Vestini, San Pio Delle Camere, Sant'Eusanio Forconese, Santo Stefano di Sessanio, Scoppito, Secinaro, Tione degli Abruzzi, Tornimparte, Villa Santa Lucia e Villa Sant'Angelo. La popolazione residente

³¹ Fonte: Ambito Distrettuale Sociale n. 5 "Montagne Aquilane" ECAD Comunità Montana "Montagna di L'Aquila"

nell'intero Ecad al primo gennaio 2016 su dati Istat è di 36.710 persone pari al 2,7% della popolazione dell'intera regione Abruzzo e al 25% dell'intera provincia di L'Aquila . Composta da 18.289 uomini (48 % della popolazione) e da 18.421 donne, (50.2% della popolazione). La maggior parte dei comuni è composta da 20 centri che non superano la soglia dei 500 residenti, 10 sono ricompresi tra più di 500 e minori di 1.000 e 12 superano i mille residenti. Dei 42 comuni che fanno parte dell'Ecad nessuno supera la soglia dei 5mila abitanti. Il comune più piccolo per popolazione residente è Carapelle Calvisio (86 abitanti) mentre Pizzoli (4.251) è quello più grande. La popolazione dell'Ecad vive sostanzialmente in famiglia che in tutto sono 16.890 per una media di componenti pari a 2 persone. L'intero Ecad si estende per una superficie di 1.514 kmq pari al 30% della provincia di L'Aquila e al 14% dell'intera regione. La densità demografica è di 24 abitanti per kmq, meno rispetto alla provincia che è di 60 abitanti per chilometro quadrato e ancora meno della regione che si attesta ai 122.

Nel periodo che va dal primo gennaio 2002 al primo gennaio 2016 la popolazione dell'Ecad n. 5 è cresciuta passando dai 34.869 del 2002 ai 36.710 (Tab. 1.2.) dell'anno di riferimento per il Piano di Zona Locale. La crescita è stata di 1.841 residenti. Non tutta l'area ha risentito di aumenti di popolazione. Nel dettaglio dell'analisi si sono evidenziati alcuni poli che hanno aumentato i loro residenti e altri che li hanno ridotti (Tab 1.2). In particolare, i paesi la cui popolazione è cresciuta di più sono Pizzoli + 1.276, Scoppito + 972, San Demetrio ne Vestini + 252, mentre i centri con il calo di popolazione più evidente sono: Montereale – 345, Castelvecchio

Subequo - 256 e Secinaro – 149. Il calo demografico si registra principalmente nella zona della Valle Subequana dove i sette centri sono tutti interessati dal calo demografico, mentre aumentano i centri più prossimi al polo attrattivo rappresentato dal Capoluogo di regione. Il saldo naturale ossia la differenza tra nati vivi e morti è di segno negativo con 223 persone in meno nel 2015 pari al 6 per mille. Il dato è più alto rispetto a quello della regione Abruzzo che è pari al -3.9 per mille. Inoltre, analizzando la serie storica del saldo naturale si denota un aumento dello stesso che passa da – 138 abitanti nel 2012 ai - 223 attuali.



Anno 2014

A contribuire alla crescita dei residenti anche la popolazione degli immigrati. Quest'ultimi sono passati dai 3.234 persone al 1/01/2012 ai 4.216 del 01/01/2016. All'oggi gli immigrati rappresentano il 11% della popolazione. Il maggior incremento è stato registrato nei comuni di Pizzoli dove ci sono 671 stranieri, Tornimparte 374, Scoppito con 297, Montereale 249 e San Demetrio Ne Vestini 238.

La presenza degli stranieri si concentra di più nei comuni a maggior numero di popolazione, di fatto sono presenti in minor numero a Villa Sant'Angelo 18, 3 sono a Villa Santa Lucia e 5 a Carapelle Calvisio. In tutto l'Ecad gli immigrati rappresentano una fetta importante nel territorio e sono pari al 11% della popolazione.

1.2.6 I fabbisogni sociali

L'ECAD n. 5 è il territorio con più popolazione anziana rispetto all'intera Regione; questo è dovuto all'allungamento della vita, alla riduzione delle nascite e allo spopolamento.

Molte sono le necessità delle persone anziane tra cui ³²:

- mantenere le relazioni con persone di tutte le età, vivere il contesto familiare, esprimere e raccontare il proprio vissuto, il proprio sapere;
- ottenere un'assistenza adeguata
- supporto e sostegno per la famiglia
- accedere a tutte le informazioni per conoscere il sistema di offerta proposto dagli Enti del territorio

A seguito della crisi economica e lavorativa il territorio Montagne aquilane subisce un aumento della povertà, i problemi correlati a questo fenomeno sono:

- esclusione sociale nelle situazioni più gravi in cui si trovano casi di persone con disturbi psichici e tossicodipendenza;
- non autosufficienza soprattutto per anzianità, disabilità, alcolismo;

³² Fonte: Ambito Distrettuale Sociale n. 5 "Montagne Aquilane" ECAD Comunità Montana "Montagna di L'Aquila"

- famiglie che manifestano disagio sociale e che non riescono più a “sostenere il peso” di eventi difficili e complessi (infortunio, perdita del lavoro ecc.).

Le cause di questa povertà possono ricondursi a:

- problematiche inerenti il mercato che offre e produce meno lavoro;
- freneticità sociale che limita molto la possibilità di conciliare il lavoro con la cura di se stessi e della famiglia;
- mancata interazione e relazione tra genitori e figli
- servizi non adeguati a contrastare il fenomeno

Emerge quindi la necessità di creare politiche sociali attraverso un’analisi dei veri bisogni di tutti coloro che manifestano disagi sociali collegati alla povertà per prevedere e prevenire eventi negativi e in modo da sostenere le persone nel tempo con programmi e servizi mirati e adeguati.

Sono da considerare assolutamente gli effetti negativi sulle condizioni di povertà prodotti dal sisma del 2009 e dal sisma del 2016, i due terremoti hanno generato vittime e danni ingenti al patrimonio edilizio (case, scuole, uffici della pubblica amministrazione, edifici architettonici ecc.)

1.2.7 Il sistema di offerta

L'offerta dell'Ecad n.5 si sviluppa in servizi generali per i cittadini, servizi domiciliari, servizi residenziali e servizi socio-sanitari.

Tra i servizi generali per i cittadini troviamo

- il punto unico di accesso che si basa sulla valutazione multidimensionale delle necessità soggetti ricompresi nell'ambito territoriale che implica l'intervento simultaneo di Direttore sanitario, Medico di medicina generale e Assistente sociale;
- il servizio di supporto economico sia per l'assistenza domiciliare sia per l'assistenza residenziale;
- servizio socio-psicologico a sostegno delle famiglie;
- servizio per l'infanzia che prevedono anche attività e supporto economico da parte dei Comuni a favore dei nuclei familiari;
- centri per anziani per l'inserimento sociale;
- centri per i giovani;
- assistenza per gli immigrati;
- progetti personalizzati per persone con disturbi psichiatrici, alcolisti e tossicodipendenti;
- servizio per anziani e disabili con nucleo familiare adatto o non adatto ad assistere la persona che necessita di cure e/o di percorsi socio-riabilitativi;

- ADI (assistenza domiciliare integrata) che fa rete con il sistema socio-sanitario territoriale;
- Servizio residenziale (Rsa e Case di riposo) ;
- Servizio assistenziale per minori;
- Centro diurno, il principale è quello sito in Collepietro;
- Residenza sanitaria assistenziale Opera Santa Maria della Pace sita in Fontecchio;
- Residenza sanitaria assistenziale sita in Montereale;
- Case famiglia
- Distretto Sanitario n.1 in cui sono attivi i poliambulatori, il punto di pronto soccorso sito in Navelli, i medici di medicina generale, i pediatri, la guardia medica, il centro di riabilitazione sito in Navelli; i consultori familiari; le farmacie e tutti i servizi territoriali diversificati per tipologia di assistenza.

1.2.8 Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

Legge regionale n° 32 del 31 luglio 2007 (Parte regionale)

La legge Regionale 31.07.2007, n. 32 è una legge sulla autorizzazioni e gli accreditamenti. In essa vi sono tutti i principi guida e i destinatari (es. socio-sanitarie), le modalità per accedere all'autorizzazione, all'esercizio dell'attività e all'accredimento istituzionale. La Giunta regionale emana provvedimenti e fornisce le linee guida per redigere il manuale di accreditamento.

La normativa è composta da 13 articoli, menzioniamo il n. 3, il n. 4 e il n. 6.

Articolo 3 - Autorizzazione alla realizzazione ³³

1. La realizzazione, l'ampliamento, la trasformazione e il trasferimento in altro comune di strutture sanitarie e socio-sanitarie possono essere autorizzati previa verifica della compatibilità con quanto previsto dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale: piano sanitario regionale, piani stralcio, atto di fabbisogno. Il parere di compatibilità programmatoria regionale, atto obbligatorio e vincolante, costituisce il presupposto per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione delle strutture ed ha validità di un anno solare.

³³ Fonte: L.R. 31 luglio 2007, n. 32

Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, art. 3

2. Le strutture avviate ed in fase di realizzazione che hanno già ottenuto, con la normativa in essere, il parere di accoglibilità dalla Regione sono esentate dal presentare le domande di autorizzazione alla realizzazione.

3. Gli studi odontoiatrici e delle professioni sanitarie non sono contemplati tra le strutture da disciplinare con l'atto del fabbisogno.

Le domande per l'autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione o trasferimento della struttura sanitaria o sociosanitaria sono inoltrate dai rappresentanti legali di parte pubblica o privata al Comune territorialmente competente, congiuntamente alla richiesta di permesso di costruire.

5. Il Comune, entro quindici giorni dalla presentazione della domanda, ne trasmette copia alla Regione e al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente. Nello stesso termine, nomina il responsabile del procedimento.

L'istruttoria della domanda di autorizzazione si conclude entro novanta giorni dalla relativa presentazione previa acquisizione: a) del parere di compatibilità con gli atti di programmazione sanitaria regionale di cui al comma 1; b) del parere di congruità del progetto ai requisiti minimi strutturali, tecnologici impiantistici ed organizzativi contemplati nel vigente Manuale di Autorizzazione; c) del parere di congruità del progetto alla pianificazione urbanistica ed edilizia del territorio. Il parere di compatibilità di cui alla lettera a) è rilasciato dal competente Dipartimento della Giunta regionale entro e non oltre sessanta giorni dall'acquisizione della domanda trasmessa dal Comune. Il parere di congruità di cui alla lettera b) è rilasciato dal

Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente entro e non oltre sessanta giorni dall'acquisizione della domanda trasmessa dal Comune. Il parere di congruità di cui alla lettera c) è rilasciato dai competenti uffici comunali entro e non oltre sessanta giorni. Il Comune, nei quindici giorni successivi dal termine dell'istruttoria, ricorrendone i presupposti, rilascia l'autorizzazione, unitamente al permesso di costruire, e ne trasmette copia al Dipartimento di Prevenzione della ASL e al competente Dipartimento della Giunta regionale. 6. Il procedimento di cui al comma 5 trova applicazione anche in presenza di varianti in corso d'opera comportanti, a parere del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, modifiche sostanziali dei parametri di riferimento indicati nei pareri di cui al comma 5. Le varianti non comportanti modifiche sostanziali dei parametri di riferimento indicati nei pareri di cui al comma 5 sono autorizzate previo parere confermativo dal Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente.

Articolo 4 - Autorizzazione all'esercizio ³⁴

1. Le strutture autorizzate ai sensi dell'articolo 3 per procedere all'avvio delle attività presentano al Comune territorialmente competente domanda di autorizzazione all'esercizio. Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato alla verifica del

³⁴ Fonte: L.R. 31 luglio 2007, n. 32

Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, art. 4

possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dotazione del personale definiti dal vigente Manuale di Autorizzazione, verificati dal Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente. La domanda indica la tipologia delle attività sanitarie di cui è richiesto l'esercizio. Entro quindici giorni dalla presentazione della domanda di autorizzazione, il Comune ne trasmette copia al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente.

2. Il Comune adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio entro e non oltre dieci giorni dalla ricezione del parere, se positivo, di cui al comma 1, e ne trasmette copia al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente e alla Regione, che cura l'aggiornamento dell'elenco delle strutture autorizzate anche nell'ambito degli adempimenti di cui all'articolo 6, comma 6, della presente legge.

3. Il provvedimento di autorizzazione all'esercizio indica: a) i dati anagrafici del soggetto se il richiedente è una persona fisica; b) la sede e la denominazione sociale se il richiedente è un ente di diritto pubblico; c) la sede e la ragione sociale se il richiedente è una società; d) la tipologia delle attività sanitarie o socio-sanitarie autorizzate di cui all'articolo 2 della presente legge, con specifica indicazione delle discipline specialistiche nel caso di ambulatori o poliambulatori di specialistica medica e/o chirurgica e presidi di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti e postacuti; e) la capacità ricettiva autorizzata, espressa in termini di numero di posti letto per le strutture di ricovero o di tipo residenziale o semiresidenziale, distinta per discipline specialistiche; f) le eventuali prescrizioni condizionanti

l'applicazione, anche con riguardo alle esigenze in materia urbanistica ed edilizia; g) i dati anagrafici ed i titoli del Direttore sanitario di cui all'articolo 5-bis.

4. La struttura comunica tempestivamente al Comune e al Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competenti ed alla Regione: a) la sostituzione, temporanea o definitiva, del Direttore sanitario di cui all'articolo 5-bis; b) la cessazione dell'attività; c) la sospensione dell'attività per un periodo superiore a sessanta giorni.

Articolo 6 - Accreditemento istituzionale ³⁵

1. I soggetti pubblici e privati autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie presentano domanda di accreditemento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-
quater del d.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., nei termini ed alle condizioni previste dal bando regionale predisposto e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (BURA). Il rilascio dell'accreditemento istituzionale da parte della Giunta regionale è subordinato alla valutazione di compatibilità con le esigenze della programmazione ed al rispetto di ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, definiti nel Manuale di Accreditemento.

2. Entro trenta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, sentita la Commissione consiliare competente in materia, con deliberazione di Giunta regionale

³⁵ Fonte: L.R. 31 luglio 2007, n. 32

Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditemento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, art. 6

sono adottati: a) la costituzione dell'Organismo regionale per l'Accreditamento; b) la procedura di accreditamento istituzionale.

3. Entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, sentita la Commissione consiliare competente in materia, con deliberazione di Giunta regionale sono emanati: a) il modello di richiesta di accreditamento istituzionale definitivo indicante le documentazioni da allegarsi e le necessarie auto-certificazioni; b) il Manuale di Accreditamento che prevede un'articolazione per gradi di qualità progressivamente crescenti a partire da un livello essenziale in funzione dei requisiti posseduti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

4. L'accREDITamento ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale presentata al competente Dipartimento della Giunta regionale almeno sei mesi prima della scadenza del quinquennio. La richiesta è corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITamento e del provvedimento comunale di autorizzazione all'esercizio in corso di validità. Il Servizio del Dipartimento della Salute della Giunta regionale istituzionalmente preposto all'attività ispettiva verifica il mantenimento dei requisiti autocertificati nei termini e secondo le modalità di cui all'articolo 7. L'accREDITamento istituzionale viene rinnovato dalla Giunta regionale per ulteriori cinque anni alle medesime condizioni tenuto conto dell'esito favorevole delle verifiche trasmesso da parte del Servizio suddetto. In caso di esito negativo della suddetta verifica, la Giunta dispone il diniego del rinnovo dell'autorizzazione.

5. Le strutture già accreditate che intendano valorizzare il conseguimento di requisiti di qualità organizzativa o assistenziale tali da consentire l'accesso ad una classe più elevata di accreditamento istituzionale prevista nel relativo Manuale hanno facoltà di inoltrare un'istanza specifica di modifica della classe di accreditamento cui farà seguito una procedura identica a quella prevista in fase di riconoscimento ed attribuzione.

6. La Direzione Sanità, per assolvere ad una funzione di informazione e comunicazione ai cittadini, redige e aggiorna annualmente l'albo regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate comprensivo del livello di accreditamento e della specifica tipologia di prestazioni erogabili e lo pubblica sul BURA, sul portale sanità della Regione Abruzzo e sul sito istituzionale della ASL territorialmente competente.

6-bis. La Giunta regionale adotta il provvedimento di voltura dell'accREDITAMENTO in caso di cessione a qualsiasi titolo dell'attività accreditata o di fusione societaria. Il provvedimento di voltura è rilasciato su richiesta congiunta della struttura cedente e della struttura cessionaria previa verifica del possesso in capo alla cessionaria dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 5-ter, comma 1 e dei requisiti autorizzativi secondo le procedure di cui all'articolo 5, nonché dei requisiti di accreditamento secondo le procedure di cui all'articolo

7. Ai fini del provvedimento di voltura, la struttura cessionaria dichiara di impegnarsi al mantenimento dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento di cui al vigente Manuale. Al decesso della persona fisica titolare della struttura accreditata gli eredi

hanno la facoltà di continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore ad un anno; per l'ulteriore prosecuzione della gestione, gli eredi presentano domanda di voltura.

Capitolo II

Disturbi psichici e demenza: dati e analisi sulla situazione in Italia e in Abruzzo

2.1 Dati relativi alla popolazione

In questo paragrafo si riportano i dati relativi alla popolazione (tabella 1), alla variazione in percentuale della popolazione (tabella 2 e grafico 1), al totale delle persone over 75 (tabella 3), all'invecchiamento della popolazione (tabella 4 e grafico 2).

Tabella 1 (popolazione)

GEO/TIME	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Italy	60.795.612	60.665.551	60.589.445	60.483.973	59.816.673	59.641.488
Nord-Ovest	16.138.643	16.110.977	16.103.882	16.095.306	15.998.031	15.988.679
Nord-Est	11.661.160	11.643.601	11.637.102	11.640.852	11.628.491	11.627.537
Centro (IT)	12.090.637	12.067.803	12.067.524	12.050.054	11.868.484	11.831.092
Sud	14.149.806	14.110.771	14.071.161	14.022.596	13.790.862	13.707.269
Abruzzo	1.331.574	1.326.513	1.322.247	1.315.196	1.300.645	1.293.941

Tabella 2 (variazione in percentuale della popolazione)

% POPOLAZIONE	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	Media
Italy	-0,2%	-0,1%	-0,2%	-1,1%	-0,3%	-0,4%
Nord-Ovest	-0,2%	0,0%	-0,1%	-0,6%	-0,1%	-0,2%
Nord-Est	-0,2%	-0,1%	0,0%	-0,1%	0,0%	-0,1%
Centro	-0,2%	0,0%	-0,1%	-1,5%	-0,3%	-0,4%
Sud	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-1,7%	-0,6%	-0,6%
Abruzzo	-0,4%	-0,3%	-0,5%	-1,1%	-0,5%	-0,6%

Tabella 1: ministero della salute

Tabella 2: ministero della salute

Grafico 1 (variazione annua della popolazione)

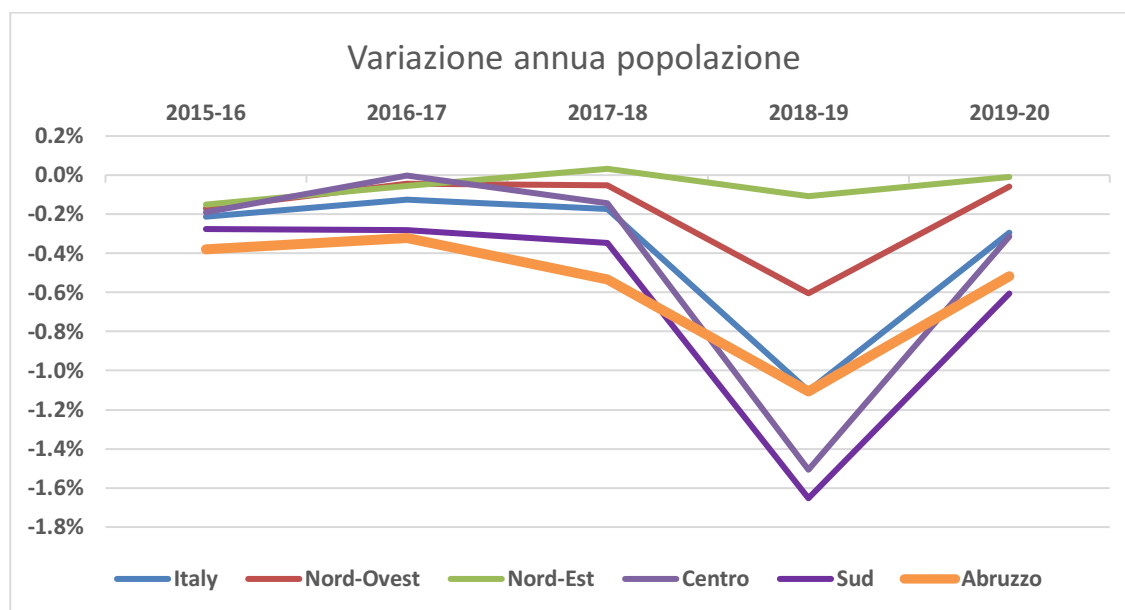


Tabella 3 (totale delle persone over 75)

GEO/TIME	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Italy	6.695.429	6.828.610	6.932.134	6.987.512	7.009.086	7.063.716
Nord-Ovest	1.898.096	1.943.920	1.980.919	2.003.537	2.015.933	2.033.427
Nord-Est	1.344.335	1.370.872	1.395.175	1.411.246	1.431.804	1.448.398
Centro (IT)	1.410.581	1.437.192	1.455.007	1.461.784	1.464.586	1.472.931
Sud	1.367.855	1.388.366	1.402.732	1.409.040	1.400.781	1.406.731
Abruzzo	159.602	161.552	162.050	161.468	160.189	160.683

Tabella 4 (percentuale riferita all'invecchiamento della popolazione "over 75")

% Invecchiamento Popolazione (over 75 /totale)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Italy	11,0%	11,3%	11,4%	11,6%	11,7%	11,8%
Nord-Ovest	11,8%	12,1%	12,3%	12,4%	12,6%	12,7%
Nord-Est	11,5%	11,8%	12,0%	12,1%	12,3%	12,5%
Centro	11,7%	11,9%	12,1%	12,1%	12,3%	12,4%
Sud	9,7%	9,8%	10,0%	10,0%	10,2%	10,3%
Abruzzo	12,0%	12,2%	12,3%	12,3%	12,3%	12,4%

Grafico 1: ministero della salute

Tabella 3: ministero della salute

Tabella 4: ministero della salute

Grafico 2 (invecchiamento annuo della popolazione)

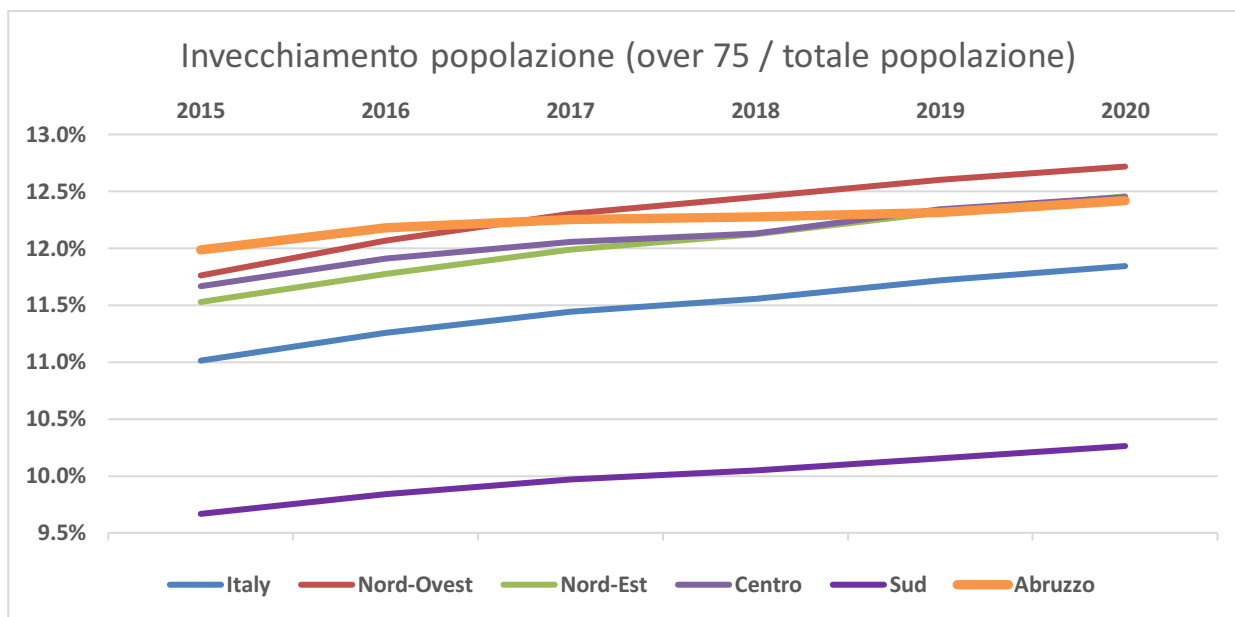


Grafico 2: ministero della salute

2.2 Dati relativi ai disturbi psichici e alla demenza (a livello nazionale)

In questo paragrafo si descrivono dati relativi principalmente ai disturbi psichici e alla demenza, si confronta l'incidenza tra le varie Regioni negli anni 2016 e 2019. Ciò consente di ragionare in modo più ampio sull'assistenza prevista per le residenze sanitarie assistenziali come la Rsa di Fontecchio (oggetto di studio) che attualmente dispone di n.3 moduli:

- modulo anziani
- modulo disabili-adulti
- modulo demenze

Esperienze e studi effettuati nella Residenza di Fontecchio hanno portato alla realizzazione di documenti (disponibili presso gli archivi della struttura) che evidenziano la presenza di più patologie per ogni modulo. Tra gli anziani si riscontrano essenzialmente depressione, mania e disturbi affettivi bipolari; diversi pazienti ricoverati nel modulo disabili-adulti hanno dipendenze da alcol e/o da droghe oppure manifestano psicosi funzionali (es. schizofrenia), alcuni presentano ritardo mentale o altri disturbi tra cui quello della personalità. A fronte di ciò emerge la necessità di creare un'assistenza di tipo strutturata in modo da pianificare percorsi terapeutici e socio-riabilitativi da adattare ad ogni modulo (anziani, disabili-adulti e demenza) e che tenga conto soprattutto della specificità della patologia e dei disturbi da trattare. Per questo è estremamente importante la collaborazione tra i vari

professionisti dedicati all'assistenza (geriatra, psicologo, neurologo, infermiere, assistente sociale) e tra gli enti territoriali che prendono in carico il paziente (es. Rsa, Comune e Sert). L'interazione con la famiglia da parte delle figure professionali e degli enti è molto utile anche se spesso si riscontrano situazioni familiari molto problematiche e complesse che rendono più difficile lo svolgimento delle attività socio-riabilitative volte al recupero o alla stabilità dell'assistito.

*Tabella 6 (disturbi psichici e demenza – percentuale)
(anno 2016)*

Regione	01 - Schizofrenia e altre psicosi funzionali	02 - Mania e disturbi affettivi bipolari	03 - Depressione	04 - Sindromi nevrotiche e somatoformi	05 - Disturbi della personalità e del comportamento	06 - Alcolismo e tossicomanie	07 - Demenze e disturbi mentali organici	08 - Ritardo mentale	09 - Altri disturbi psichici
PIEMONTE	6,1%	1,8%	5,4%	49,9%	2,1%	8,5%	8,1%	0,1%	18,1%
VALLE D'AOSTA	15,8%	0,6%	11,0%	40,3%	3,6%	16,0%	10,0%	0,2%	2,5%
LOMBARDIA	6,1%	1,4%	3,9%	39,4%	2,5%	6,0%	7,6%	0,1%	33,1%
PA BOLZANO	7,1%	2,7%	11,8%	43,6%	1,9%	19,1%	8,5%	0,2%	5,3%
PA TRENTO	9,9%	0,0%	9,8%	39,7%	9,9%	21,5%	5,0%	0,0%	4,1%
VENETO	8,5%	4,4%	7,7%	46,7%	5,1%	9,7%	9,7%	0,1%	8,2%
FRIULI VENEZIA GIULIA	12,1%	0,0%	7,5%	57,3%	0,6%	14,1%	7,2%	0,0%	1,1%
LIGURIA	15,9%	1,9%	8,9%	50,4%	0,5%	10,1%	6,0%	0,0%	6,3%
EMILIA ROMAGNA	5,3%	2,0%	4,4%	41,7%	2,8%	11,5%	8,4%	0,0%	23,9%
TOSCANA	13,9%	0,4%	13,4%	49,7%	2,4%	4,2%	12,7%	0,0%	3,3%
UMBRIA	1,3%	0,1%	2,8%	85,3%	0,4%	4,9%	1,3%	0,0%	3,9%
MARCHE	9,9%	1,1%	5,4%	49,8%	1,1%	11,2%	10,4%	0,1%	11,0%
LAZIO	14,1%	3,1%	10,0%	49,8%	2,4%	11,4%	6,6%	0,1%	2,6%
ABRUZZO	12,6%	3,2%	7,9%	47,3%	1,2%	8,8%	14,3%	0,0%	4,9%
MOLISE	9,2%	1,0%	10,3%	59,6%	0,2%	10,5%	5,0%	0,0%	4,3%
CAMPANIA	2,7%	0,2%	0,8%	22,1%	4,6%	2,8%	12,7%	0,0%	54,1%
PUGLIA	6,2%	1,2%	3,6%	62,2%	0,5%	4,1%	16,2%	0,1%	5,9%
BASILICATA	19,6%	4,8%	3,3%	59,7%	0,6%	6,8%	4,1%	0,1%	1,1%
CALABRIA	9,9%	1,7%	3,6%	45,3%	3,1%	5,5%	4,9%	0,0%	26,0%
SICILIA	6,9%	0,5%	4,3%	66,3%	3,1%	3,9%	7,8%	0,0%	7,1%
SARDEGNA	6,9%	1,6%	3,5%	41,3%	5,6%	6,0%	11,4%	0,1%	23,6%
ITALIA	7,5%	1,5%	5,3%	47,7%	2,6%	7,1%	8,9%	0,1%	19,2%

Tabella 6: ministero della salute

Tabella 7 (disturbi psichici e demenza – percentuale)
(anno 2019)

Regione	01 - Schizofrenia e altre psicosi funzionali	02 - Mania e disturbi affettivi bipolari	03 - Depressione	04 - Sindromi nevrotiche e somatoforme	05 - Disturbi della personalità e del comportamento	06 - Alcolismo e tossicomanie	07 - Demenze e disturbi mentali organici	08 - Ritardamento	09 - Altri disturbi psichici
PIEMONTE	6,7%	2,5%	5,1%	48,2%	2,6%	10,2%	9,3%	0,1%	15,3%
VALLE D'AOSTA	18,7%	0,8%	9,5%	42,7%	3,1%	10,1%	10,3%	0,2%	4,7%
LOMBARDIA	5,4%	1,2%	3,3%	38,1%	2,7%	5,9%	7,3%	0,2%	36,0%
PA BOLZANO	7,4%	2,4%	10,2%	38,7%	2,1%	19,0%	10,8%	0,1%	9,4%
PA TRENTO	9,2%	0,1%	10,7%	42,3%	11,1%	18,1%	5,0%	0,1%	3,5%
VENETO	8,6%	3,3%	5,3%	42,2%	5,4%	8,6%	9,3%	0,0%	17,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	11,9%	0,2%	7,9%	52,5%	1,3%	16,5%	8,5%	0,1%	1,1%
LIGURIA	14,4%	1,6%	7,6%	46,6%	0,7%	9,3%	9,5%	0,0%	10,3%
EMILIA ROMAGNA	4,7%	1,5%	3,3%	31,2%	3,5%	9,2%	7,0%	0,0%	39,5%
TOSCANA	14,2%	0,4%	7,3%	52,6%	1,5%	2,8%	12,7%	0,0%	8,6%
UMBRIA	9,8%	1,2%	4,3%	62,1%	2,0%	10,6%	5,9%	0,1%	4,0%
MARCHE	8,4%	1,1%	4,0%	58,2%	1,0%	10,2%	7,8%	0,0%	9,3%
LAZIO	15,9%	2,5%	8,6%	48,4%	3,8%	10,8%	7,1%	0,1%	2,9%
ABRUZZO	16,3%	3,2%	9,7%	40,3%	1,6%	8,6%	16,3%	0,0%	4,0%
MOLISE	9,5%	2,4%	7,1%	64,2%	0,9%	8,3%	4,8%	0,0%	2,8%
CAMPANIA	3,0%	0,2%	0,8%	19,8%	4,5%	2,2%	7,4%	0,0%	62,1%
PUGLIA	6,5%	1,1%	3,5%	65,8%	0,5%	4,1%	12,0%	0,1%	6,4%
BASILICATA	20,8%	4,2%	1,9%	58,8%	2,5%	6,9%	4,0%	0,1%	1,0%
CALABRIA	5,4%	1,3%	1,7%	39,6%	1,4%	2,4%	2,8%	0,0%	45,4%
SICILIA	8,5%	1,0%	4,5%	45,1%	6,8%	4,3%	7,0%	0,1%	22,8%
SARDEGNA	8,3%	1,5%	3,7%	39,5%	8,7%	6,8%	10,9%	0,0%	20,5%
ITALIA	7,6%	1,5%	4,3%	41,8%	3,3%	7,0%	8,2%	0,1%	26,3%

Tabella 7: ministero della salute

2.3 Dati relativi alle strutture pubbliche e private residenziali accreditate per tipo di assistenza a livello nazionale

In questo capitolo si è trattato, in termini di dati, il tema del fabbisogno assistenziale relativo a patologie di natura psichica e fisica e alla terza età. Si è fatta una mappatura della popolazione di tale fabbisogno a livello territoriale, regionale e nazionale, di conseguenza è interessante ma anche utile sapere come risponde il sistema di offerta e qual è il suo andamento nel tempo nelle Regioni italiane con particolare riferimento e attenzione all'Abruzzo. Le tabelle di seguito riportate riportano l'offerta assistenziale delle strutture pubbliche e private residenziali accreditate per tipo di assistenza.

*Tabella 8 (numero strutture residenziali per tipo di assistenza)
(anno 2016)*

Regione	Strutture Residenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
PIEMONTE	321	144	248	586	14
VALLE D'AOSTA	6	1	2	1	1
LOMBARDIA	308	237	31	664	68
PROV. AUTON. BOLZANO	9	1	4	76	2
PROV. AUTON. TRENTO	15	1	12	59	2
VENETO	242	58	192	360	20
FRIULI VENEZIA GIULIA	67	29	1	86	12
LIGURIA	92	5	15	191	7
EMILIA ROMAGNA	191	255	38	357	22
TOSCANA	119	38	52	297	19
UMBRIA	66	11	11	62	3

Regione	Strutture Residenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
LAZIO	139	22	17	104	27
ABRUZZO	37	7	5	37	6
MOLISE	14			2	1
CAMPANIA	54	15	24	42	9
PUGLIA	158	32	86	98	11
BASILICATA	28	2	6	8	4
CALABRIA	26	16	18	63	2
SICILIA	70	17	25	57	14
SARDEGNA	42	14	18	24	14
ITALIA	2.062	914	812	3.313	265

Tabella 08: ministero della salute

*Tabella 09 (numero strutture residenziali per tipo di assistenza)
(anno 2017)*

Regione	Strutture Residenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
PIEMONTE	319	159	250	611	15
VALLE D'AOSTA	7	1	2		1
LOMBARDIA	310	236	32	665	68
PROV. AUTON. BOLZANO	9	1	4	76	2
PROV. AUTON. TRENTO	16	1	13	59	3
VENETO	219	57	193	355	20
FRIULI VENEZIA GIULIA	64	29	1	86	11
LIGURIA	91	6	15	187	7
EMILIA ROMAGNA	193	256	35	356	22
TOSCANA	119	21	40	304	19
UMBRIA	69	12	10	60	3
MARCHE	56	11	8	159	7
LAZIO	140	16	19	108	25
ABRUZZO	37	6	3	37	6
MOLISE	14			2	1
CAMPANIA	49	17	23	43	9
PUGLIA	159	31	90	102	11
BASILICATA	28	2	8	11	4
CALABRIA	25	15	19	68	5
SICILIA	70	19	26	54	15
SARDEGNA	41	15	16	22	17
ITALIA	2.035	911	807	3.365	271

Tabella 09: ministero della salute

*Tabella 10 (numero strutture residenziali per tipo di assistenza)
(anno 2018)*

Regione	Strutture Residenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
PIEMONTE	310	157	265	623	16
VALLE D'AOSTA	7	1	2		1
LOMBARDIA	328	238	32	665	68
PROV. AUTON. BOLZANO	9	1	4	75	2
PROV. AUTON. TRENTO	16		15	59	3
VENETO	213	60	199	371	21
FRIULI VENEZIA GIULIA	61	29	1	87	7
LIGURIA	87	7	13	192	8
EMILIA ROMAGNA	195	248	34	354	22
TOSCANA	116	20	41	341	20
UMBRIA	69	11	11	59	3
MARCHE	55	14	8	172	7
LAZIO	132	19	19	105	26
ABRUZZO	37	6	4	37	6
MOLISE	14			2	1
CAMPANIA	51	19	27	47	13
PUGLIA	165	35	87	104	11
BASILICATA	30	2	5	8	4
CALABRIA	9	18	20	68	5
SICILIA	73	20	28	56	16
SARDEGNA	40	13	15	26	17
ITALIA	2.017	918	830	3.451	277

Tabella 10: ministero della salute

*Tabella 11 (numero strutture residenziali per tipo di assistenza)
(anno 2019)*

Regione	Strutture Residenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
PIEMONTE	318	158	275	622	16
VALLE D'AOSTA	7	1	2	7	1
LOMBARDIA	331	243	36	669	72
PROV. AUTON. BOLZANO	9	1	4	75	2
PROV. AUTON. TRENTO	16		17	61	3
VENETO	217	59	198	363	23
FRIULI VENEZIA GIULIA	60	30	1	86	8
LIGURIA	86	7	10	189	8
EMILIA ROMAGNA	214	251	23	351	22
TOSCANA	117	22	46	349	19
UMBRIA	69	10	11	62	3
MARCHE	55	14	8	177	8
LAZIO	139	19	19	109	31
ABRUZZO	36	4	6	36	6
MOLISE	14	2		8	1
CAMPANIA	61	20	18	53	13
PUGLIA	167	37	93	101	13
BASILICATA	30	2	5	8	5
CALABRIA	14	20	19	69	5
SICILIA	76	19	28	55	17
SARDEGNA	47	15	18	25	17
ITALIA	2.083	934	837	3.475	293

Tabella 11: ministero della salute

2.4 Analisi dei dati

Riguardo la popolazione si riscontra un calo medio dal 2015 al 2020, maggiore in Abruzzo rispetto alla media italiana e alla media del nord e del centro della penisola.

Il grafico n.1 mette in risalto un calo importante della popolazione a causa degli eventi legati all'infezione da covid 19. Si osserva che la percentuale relativa all'invecchiamento della popolazione (over 75 / totale della popolazione) non è scesa, anzi, come si evince dal grafico 2, dal 2015 al 2020 è in costante salita, questo è dovuto alla riduzione delle nascite e a un buon numero di persone che supera i 75 anni di età, che si colloca quindi tra gli over 75.

La tabella 6 e la tabella 9 riportano i dati registrati nel 2016 e nel 2019 su schizofrenia, mania e disturbi affettivi bipolari, depressione, sindromi nevrotiche, disturbi della personalità e del comportamento, alcolismo e tossicodipendenza, demenza, ritardo mentale, altri disturbi psichici; è interessante conoscere i dati percentuali di questi disturbi nelle regioni ma si rileva che in Abruzzo i casi di schizofrenia, mania e disturbi affettivi bipolari, depressione e demenza sono decisamente maggiori rispetto a quelli della media nazionale e in aumento nel 2019 rispetto al 2016.

In ultimo si riportano i dati sulle strutture pubbliche e private residenziali accreditate (2016 – 2019) che consente di mettere in relazione l'offerta dei servizi residenziali e il fabbisogno relativo ai disturbi mentali come sopra descritti. In Abruzzo nei quattro anni considerati il numero di strutture residenziali accreditate esistenti è pressoché

costante mentre, come già rilevato, schizofrenia, mania e disturbi affettivi bipolari, depressione e demenza sono in aumento.

Capitolo III

La nuova struttura organizzativa e gestionale della Rsa di Fontecchio

3.1 La Residenza sanitaria assistenziale di Fontecchio

La Residenza Sanitaria assistenziale di Fontecchio nasce come una struttura di tipo residenziale per anziani con alto grado di compromissione funzionale; con il tempo si realizza un tipo di intervento integrato sociosanitario che permette di unire il comfort alberghiero a un'assistenza specifica per l'anziano non autosufficiente e per il disabile al fine di mantenere una condizione di stabilità.

Attiva da dicembre del 1999, dotata di 80 posti letto accreditati, la RSA di Fontecchio (Associazione Opera Santa Maria della Pace) ha concluso l'anno successivo il proprio percorso di ufficialità e di inserimento nel sistema di offerta e assistenziale territoriale.

Oggi conta 120 posti letto accreditati, il setting assistenziale è così suddiviso:

anziani: n. 80; disabili adulti: n. 20; demenze: n. 20.

La RSA è stata realizzata da Don Emidio Di Pasquale, presidente dell'Opera Santa Maria della Pace, fino all'anno 2019 è affidata all'Università Cattolica e la gestione sanitaria è riservata ai medici del Centro di Medicina dell'Invecchiamento (CEMI)

del Policlinico Gemelli di Roma, dopo il 2019 la struttura va incontro a diversi cambiamenti di carattere gestionale.

Le unità abitative della Rsa sono composte da due posti letto, servizi igienici e televisione. In una struttura del genere la parte più importante dell'assistenza è il mantenimento del paziente nella fase post acuta attraverso le cure mediche e i percorsi socio-riabilitativi appropriati. I percorsi riabilitativi hanno lo scopo di rieducare il paziente allo svolgimento delle attività quotidiane sia per mantenere una certa autonomia sia per l'inserimento sociale.

3.2 Un'indagine rivolta al personale socio-sanitario dedicato all'assistenza territoriale

Per avere maggiori elementi riguardo l'assistenza territoriale è stata effettuata un'indagine che ha coinvolto sette professionisti e che ha portato alla realizzazione di altrettante interviste. Le professioni svolte dal personale dedicato a tale indagine sono: geriatra, medico di medicina generale, psicologo, neurologo, musicista, dirigente amministrativo.

Gli argomenti di analisi riguardano la medicina narrativa, il monitoraggio del paziente con demenza in funzione della terapia farmacologica, la collaborazione tra i professionisti dedicati all'assistenza socio-sanitaria territoriale, i disturbi appartenenti alla sfera della neurodiversità, la partnership tra gli enti territoriali e i professionisti, l'incontro tra musica e solidarietà, i finanziamenti a favore delle strutture socio-

sanitarie accreditate. Di seguito si evidenziano gli elementi significativi emersi dalle interviste.

In medico della Rsa di Fontecchio ha evidenziato l'importanza della medicina narrativa. La medicina narrativa così come è stata coniata da Rita Charon è alla base della medicina, consente, attraverso le competenze, di migliorare le performance sanitarie e la capacità di diagnosi e cura. Formando e rafforzando le competenze narrative si può dare più attenzione all'individuo e avere maggior senso di responsabilità. Avere, da parte dell'operatore sanitario (medico), tempo, disponibilità e strumenti per acquisire, comprendere ed integrare i vari punti di vista (pazienti – operatori) permette di avere una visione (occhio clinico) che non trascurava l'EBM (evidence based medicine) ma integra e completa quest'ultima con la NBM (narrative based medicine).

La narrazione del paziente e/o di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina odierna che presenta un alto tasso di malattie croniche-invalidanti. In definitiva parlare di medicina narrativa è sinonimo di confessorio tecnico, lì dove tra operatore e paziente si crea un feeling che apre la porta a percorsi di cura più appropriata e personalizzata, sempre nell'EBM come riferimento personale.

In questa epoca di sconvolgimenti e rivoluzioni planetarie riconcentrarsi sull'essere umano è imprescindibile in tutti i campi e prioritario nel campo della salute; essere umano vuol dire in sintesi vibrare in forma armonica con la vita che è in noi e fuori da noi.

Il medico nella sua pratica di medicina generale svolta per vari decenni ha esercitato in forma “intuitiva” la medicina narrativa proprio perché ha scelto la “tecnica dell’ascolto” come elemento fondamentale di un processo di fiducia reciproca medico-paziente.

La medicina narrativa è molto utile per seguire/curare pazienti anziani e disabili, ancor più se non autosufficienti e quindi con maggiori difficoltà riguardo l’interpretazione dei loro bisogni, il tempo da dedicare è notevole perché è necessario interfacciarsi con il “care giver” oltre che interpretare le necessità espresse dal paziente stesso.

Difficilmente è possibile integrare la medicina narrativa a interventi programmatici presso strutture pubbliche o private alternative e/o integrative a quanto già esistente nel territorio. Sarebbe necessario potenziare la sanità territoriale, riformare la medicina di base (presenza fisica sul territorio – non virtuale), inserire figure di supporto ed integrazione come psicologo, assistente sociale ecc., creare nuclei territoriali di intervento socio-sanitario che si raccordano con i nuclei di medicina generale.

La telemedicina è utile se serve a snellire la routine ma non può assolutamente sostituirsi alla presenza fisica degli operatori della salute.

Nella seconda intervista, a un altro medico geriatra della Rsa di Fontecchio, è stato trattato il tema del monitoraggio del paziente con demenza relativamente alla terapia farmacologica in atto.

Il paziente affetto da demenza va monitorato dal punto di vista della terapia farmacologica almeno settimanalmente e più frequentemente nel periodo iniziale del ricovero dove il paziente si deve ambientare al nuovo luogo, alle persone dell'equipe e alla vita del reparto.

Il paziente affetto da demenza viene trattato e gestito da più figure professionali quindi è fondamentale la collaborazione e lo scambio di esperienze, notizie ed idee per ottenere il miglior risultato per il malato.

All'ingresso di un paziente nella nostra struttura viene redatto dal medico il modello PAI (Piano Assistenziale Individuale) dove si identificano le patologie e le problematiche di ogni singolo individuo e il percorso che si deve fare . Inoltre vengono compilate dalle altre figure professionali la cartella infermieristica, la cartella occupazionale, la cartella riabilitativa così si ha una valutazione multidisciplinare all'ingresso del malato.

Il medico di medicina generale pone attenzione alla collaborazione tra i professionisti dedicati all'assistenza socio-sanitaria territoriale. Il percorso assistenziale integrato prevede la presa in carico del paziente da un punto di vista multidisciplinare. L'istituzione del punto unico di accesso svolge la funzione di collaborazione tra Distretto e Comune al fine di accogliere, agevolare e semplificare il primo accesso

dei cittadini, fungendo anche da filtro in modo da utilizzare al meglio le risorse del territorio offerte dal Servizio Sanitario locale e dal Comune. Una risposta articolata al bisogno espresso avviene attraverso una collaborazione multidisciplinare (medico, assistente sociale, medico specialista, infermiere ecc.) secondo protocolli operativi condivisi. Lo sportello di ascolto/di accesso diretto dell'utenza, da collocare nei vari Comuni del territorio montano garantirebbe la risposta ai bisogni espressi delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria; lo sportello potrebbe avere anche funzione di monitoraggio dei processi avviati.

Lo psicologo/psicoterapeuta si sofferma sui disturbi appartenenti alla sfera della neurodiversità. Quando si tratta il tema della neurodiversità bisogna innanzitutto distinguere due costrutti che costituiscono l'antitesi uno dell'altro: Disturbo VS Neurodiversità. Da DSM 5 un Disturbo è "una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es. politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la

devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente" (*DSM-5, p. 22*).

Nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo/neurodiversi si individuano le seguenti categorie:

- Disturbi dello spettro autistico;

Il DSM 5 introduce il concetto di "spettro autistico" determinando una svolta nel modo di diagnosticare, quindi, di concepire l'autismo. Si passa da una diagnosi categoriale dei vecchi DSM ad una diagnosi dimensionale che permette di definire meglio le caratteristiche della persona al fine di poter fare diagnosi più accurate, impostare trattamenti più efficaci e favorire la ricerca.

In tal senso l'autismo è definito come un disturbo del neurosviluppo a insorgenza precoce caratterizzato da difficoltà nell'interazione e comunicazione sociale e dalla presenza di interessi ristretti e comportamenti ripetitivi e stereotipati (APA, 2013).

- Disturbi da deficit dell'attenzione/iperattività;

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è una sindrome caratterizzata da difficoltà di attenzione, di controllo dell'impulsività e del livello di attività. Si distinguono 3 tipi di disturbo a seconda che prevalga l'aspetto di disattenzione, di iperattività/impulsività o entrambi (tipo combinato). La diagnosi viene fatta mediante criteri clinici.

- Disturbi specifici dell'apprendimento;

I disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) sono caratterizzati dalla presenza di significative difficoltà nell'acquisizione e utilizzazione della lettura, della scrittura e del calcolo.

La principale caratteristica di questa categoria è proprio la "specificità", ovvero il disturbo interessa uno specifico e circoscritto dominio di abilità indispensabile per l'apprendimento (lettura, scrittura, calcolo), lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale. Ciò significa che per avere una diagnosi di dislessia, il bambino non deve presentare deficit di intelligenza, problemi ambientali o psicologici, deficit sensoriali o neurologici. Sono annoverabili tra i DSA la dislessia, la disortografia, la discalculia e la disgrafia.

Da questa descrizione risulta evidente come l'oggetto di analisi delle varie categorie sia il medesimo, ma cambiando la prospettiva, non risulta lo stesso.

Né il modello "strettamente medico", né quello "più sociale" rispondono adeguatamente al tentativo di creare una prospettiva pratico/attuativa in grado di far fronte alle esigenze delle persone in stato di necessità. Tenendo conto che i numeri dei soli soggetti autistici riguarda 300/600.000 persone (e sono cifre arrotondate decisamente per difetto, in quanto il CDC, Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie, del 2018 parla di 1 caso ogni 59 nati), parliamo di un parte relativamente consistente della popolazione italiana e mondiale; tendendo ulteriormente conto del fatto che i suddetti "disturbi", ad oggi, non hanno cure in

grado di restituire la famigerata *restitutio ad integrum* (quindi un bambino con autismo non smetterà di essere autistico al compimento dei 18 anni!), sarebbe opportuno ed appropriato un percorso Socio-Sanitario creato “*ad hoc*” in cui il soggetto possa essere accompagnato dal momento della diagnosi (che troppo spesso ancora oggi arriva tardivamente) al momento dell’inserimento nel mondo lavorativo. Riprendendo in analisi il concetto di salute come stato dinamico di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non mera assenza di malattia (definizione dell’OMS), riusciremmo con più semplicità a strutturare centri altamente specializzati in grado di prendersi cura di chi ha bisogno. In questo la sanità pubblica (e se vogliamo, nello specifico, la sanità abruzzese da troppo tempo “bloccata”), è carente soprattutto perché ha uno statuto che non può soddisfare i suddetti bisogni. Sarebbe auspicabile, quindi, “installare” un apparato “supportivo” alle ASL che si prenda cura dei vari aspetti del Welfare Sociale (ad oggi troppo carente o inesistente); in questo, il mondo del terzo settore e dei liberi professionisti, potrebbe costituire il vero valore aggiunto nel far viaggiare i due aspetti di pari passo.

A tal proposito è importante considerare il concetto di cura “autentica” che permette di far assumere all’altro le proprie cure, rendendolo quindi libero di realizzare il proprio essere (es. insegnare a pescare); è espressione di “*coesistere*”.

Con il neurologo è emersa la tematica riguardante la partnership tra gli enti territoriali e i professionisti.

Secondo il medico, la gestione dei pazienti con malattie neurologiche croniche è complessa in relazione a molteplici fattori che intervengono durante la diagnosi e la terapia. Inoltre, nella provincia dell'Aquila non sono da sottovalutare le difficoltà legate alle caratteristiche orografiche del territorio che non permettono rapidi spostamenti tra i diversi comuni e gli ospedali. Con queste premesse diventa fondamentale integrare le attività delle strutture ospedaliere con il territorio per fare in modo che non sia il paziente a muoversi verso la struttura sanitaria ma sia la struttura ad andare dal paziente. La gestione di alcune patologie come la demenza, il morbo di Parkinson, la SLA, la sclerosi multipla può essere un valido esempio per poter gestire le malattie tra ospedale e territorio. Una volta fatta la diagnosi ed impostata la terapia non è necessario fare tutti i controlli presso la struttura ospedaliera ma utilmente integrati con visite presso il territorio. Tale strutturazione riguarda in modo particolare la parte riabilitativa di tali patologie che può essere programmata ed eseguita sul territorio.

Per poter realizzare l'integrazione ospedale-territorio c'è bisogno di cambiare il modo di pensare l'assistenza sanitaria non basata sulla malattia o sulle esigenze degli operatori ma basata sulle esigenze della persona affetta. Bisogna fare una medicina centrata sulla persona e non sulla malattia. un esempio di strutturazione dei servizi può essere quella fatta in Hub e Spoke dove l'Hub e la struttura ospedaliera con le elevate professionalità che detta gli indirizzi e la struttura periferica (ambulatorio, RSA, altro struttura) è lo Spoke che mette in pratica, vicino alla residenza del

paziente, la gestione quotidiana riportando le possibili necessità del paziente alla struttura Hub.

Un'intervista è stata effettuata con il musicista e volontario dell'associazione "Con Alfredo Onlus", questo operatore espone il suo pensiero sui progetti in cui la musica incontra la solidarietà.

L'intervistato afferma che la musica è un mezzo per sensibilizzare in generale tutte le persone quindi serve anche a coinvolgerle in progetti riguardanti l'assistenza nel nostro territorio. La musica è molto importante per chiunque, a maggior ragione per coloro che sono affetti da disturbi mentali. La musico-terapia è ancora molto poco sviluppata, dovrebbe essere esercitata presso centri diurni, semiresidenze, residenze e in tutte le strutture che ospitano degenti con disabilità in quanto provoca delle emozioni e delle vibrazioni straordinarie nella mente; le emozioni e le vibrazioni stimolano dei recettori che consentono a tali pazienti di entrare in armonia e in equilibrio con il proprio essere.

Nel nostro territorio c'è carenza di servizi sociali e sanitari a favore di persone affette da disturbi appartenenti alla sfera della neurodiversità (per es. l'autismo), la domanda supera l'offerta, è estremamente importante e necessario creare dei centri e delle attività per queste persone. C'è da sottolineare che i casi di autismo sono in aumento anche nel nostro territorio.

Il funzionario della Asl 1 - U.O.S.D. Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate illustra il procedimento per l'assegnazione dei finanziamenti a favore delle strutture socio-sanitarie accreditate.

I criteri di assegnazione dei finanziamenti vengono definiti in ambito regionale nel rispetto del piano sanitario Regionale considerando i contenuti della Legge Regionale n.2 del 4 Gennaio 2005 e della legge Regionale n. 32 del 31.07.2007 e s.m.i..

Il Piano Sanitario Regionale dovrebbe individuare i fabbisogni dei territori, necessità che si modificano nel tempo ed è questo uno dei motivi per il quale tale strumento ha validità triennale. Una volta individuati i fabbisogni si decidono le modalità d'intervento, si stabiliscono le risorse da assegnare per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, si valuta se necessario potenziare alcune discipline e ridimensionarne altre, con la conseguenza di aumentare o ridurre le risorse assegnate. Se nascono nuove esigenze socio-sanitarie è possibile realizzare nuovi piani di intervento con nuove risorse, nuove autorizzazioni e nuovi accreditamenti.

La L.R.32 regola la materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, mentre il manuale 591/p del 2008 è uno strumento tecnico attuativo che definisce i requisiti.

Tale manuale di autorizzazione sempre di competenza regionale, dovrebbe essere anticipato da un piano sociale dei fabbisogni che definisce le necessità, strumento mai emanato dal competente assessore. Tale situazione genera delle distorsioni rispetto alle prestazioni socio-sanitarie erogate previste nel piano, che sono considerate

inappropriate perché sono di natura diversa e cioè socio-riabilitative. L'intervistato ritiene che sia necessario procedere alla realizzazione del piano Sociale al fine di poter canonizzare altri servizi ed utilizzare meglio le risorse assegnate.

3.3 Neuromed: la nuova gestione della Rsa di Fontecchio

L'Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed è un istituto a carattere scientifico (I.R.C.C.S.), centro all'avanguardia in ambito nazionale; le principali specializzazioni sono neurochirurgia, neurologia e chirurgia vascolare; Neuromed raggiunge risultati importanti grazie a tre elementi fondamentali, cura, ricerca e didattica; offre prestazioni e servizi di alto livello attraverso un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria articolata, specifica e complessa rivolta costantemente ai bisogni dei pazienti e della famiglie; l'Istituto di Pozzilli ha un centro ospedaliero in cui si svolgono attività di diagnosi, cura e ricerca delle patologie neurologiche, neurochirurgiche e oncologiche correlate e dispone di apparecchiature diagnostiche e interventistiche avanzate e di laboratori all'avanguardia; le attività sono rivolte alla cura di malattie croniche e rare del sistema nervoso ¹. Da evidenziare tutte le attività didattiche, di formazione e di comunicazione scientifica. Nell'anno 2021 Neuromed rileva e acquista 2 strutture abruzzesi, la clinica Immacolata di Celano e la Rsa di Fontecchio e affida la gestione all'AOSMP (Associazione Opera Santa Maria della Pace), ente attivo in ambito territoriale da più di vent'anni.

¹ neuromed.it/chi-siamo/, L'Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.)

3.4 Setting assistenziale previsto

Come menzionato in precedenza, attualmente la Rsa di Fontecchio dispone di 120 posti letto accreditati, essi sono suddivisi in n. 80 anziani, n. 20 disabili adulti e n. 20 demenze.

Lo studio effettuato sul territorio e riportato su questo elaborato ci consente di analizzare i dati e di riformulare l'assistenza in relazione a un fabbisogno che oggi sempre di più vede la presa in carico di pazienti affetti da disturbi psichici, demenza e disturbi della neurodiversità. A tal proposito prende forma la necessità di rimodulare i posti letto della Rsa suddetta.

Il nuovo setting assistenziale previsto, discusso e condiviso insieme ai dirigenti della della Rsa di Fontecchio presso la stessa sede, fa riferimento ad una rimodulazione dei posti letto come di seguito riportata:

n. 60 anziani

n. 20 disabili adulti

n. 30 demenze

n. 10 disturbi della neurodiversità

Gli anziani

Si considera anziana una persona che ha compiuto il 65esimo anno di età. In Italia l'età media di vita è 85 anni per le donne e 82 per gli uomini. Ad oggi esistono

quattro gruppi di anziani, i giovani anziani (da 64 a 74 anni), gli anziani (da 75 a 84 anni), i grandi vecchi (da 85 a 99 anni) e i centenari. È in corso un aggiornamento del concetto di anzianità che intende portare a 75 anni l'età per considerare una persona anziana.

Le demenze

Fino a pochi anni la demenza si associava solo al morbo di Alzheimer, diventando esso stesso prototipo della sindrome. Il DSM 5 considera la persona affetta da demenza colui che soffre del disturbo neuro-cognitivo.

Le demenze sono principalmente: Malattia di Alzheimer, demenza a corpi di Lewy, demenza vascolare e demenza frontotemporale.

Malattia di Alzheimer

I sintomi della malattia di Alzheimer sono essenzialmente riconducibili alla memoria.

A questi si sommano sintomi comportamentali e psichici.

Demenza a corpi di Lewy

La demenza a corpi di Lewy agisce soprattutto sulla sfera cognitiva. Viene intaccato il linguaggio, vi è disorientamento nello spazio e nel tempo; possono manifestarsi problemi motori tra cui il Parkinson.

Demenza vascolare

I pazienti con demenza vascolare manifestano sintomi cognitivi, comportamentali e psichici a causa di patologie cardiovascolari che compromettono il tessuto cerebrale.

Demenza frontotemporale

La demenza frontotemporale è caratterizzata da sintomi legati al comportamento e al linguaggio, a volte si manifestano sintomi motori

I disabili adulti

La condizione di handicap, intesa come una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

I servizi socio-sanitari esistenti in età evolutiva sono ben strutturati e garantiscono un'assistenza articolata e di una certa efficacia mentre per l'età adulta si riscontrano ancora molti problemi tra cui l'offerta sottodimensionata e il mancato impiego delle risorse necessarie.

I disturbi della neurodiversità

I disturbi della neurodiversità sono diversi tra cui l'ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività), l'autismo, la sindrome di Asperger, discalculia, la sindrome di Tourette, i disturbi dell'attenzione, dello sviluppo, l'iperattività, la dislessia, i disturbi bipolari, la schizofrenia, i disturbi della personalità. Clinicamente la disabilità si distingue in bassa o alta.

COMUNITÀ SOCIO-RIABILITATIVE

Le Comunità Socio-Riabilitative sono strutture residenziale o di comunità per persone disabili che hanno compiuto il diciottesimo anno di età. I servizi principali delle comunità sono l'assistenza socio-sanitaria rivolta alle necessità dei singoli pazienti e l'attività alberghiera; quotidianamente si svolgono prestazioni per favorire l'integrazione socio-sanitaria. Le Comunità hanno diverse finalità tra cui

- Permettere ai soggetti di avere e mantenere una certa qualità di vita;
- Mettere a disposizione locali per animazione e riabilitazione al fine di sviluppare/mantenere abilità cognitive e fisiche;
- Favorire l'autonomia nei limiti del possibile;
- Garantire i rapporti con i familiari

Accesso alla comunità

L'accesso alle Comunità è consentito ai soggetti che:

- hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni;
- dispongono della certificazione di disabilità (legge 104/92);

Per usufruire del servizio bisogna produrre domanda utilizzando la modulistica specifica, questo permette di valutare la richiesta in base alle condizioni della persona da assistere e alla situazione sociale ed economica del nucleo familiare.

3.5 Servizi proposti

Radiologia, laboratorio analisi e ambulatori specialistici

Come già accennato la Rsa di Fontecchio dispone di unità abitative composte da due posti letto, servizi igienici e televisione. L'assistenza verte principalmente sul mantenimento del paziente nella fase post acuta attraverso le cure mediche e i percorsi socio-riabilitativi appropriati. I percorsi riabilitativi hanno lo scopo di rieducare il paziente allo svolgimento delle attività quotidiane sia per mantenere una certa autonomia sia per l'inserimento sociale.

Un altro punto di forza della residenza sta nell'ampiezza e nel numero dei locali attualmente a disposizione; da questo tipo di risorsa e da quanto considerato sul fabbisogno assistenziale e sull'offerta dei servizi nel territorio di riferimento nasce la proposta di progetto come di seguito descritta.

ATTIVITÀ PREVISTE PRESSO I LOCALI UBICATI AL PRIMO PIANO

- Servizio di radiologia autonomo per i degenti

Per servizio di radiologia autonomo per i degenti si intende l'attività volta all'utilizzo di un apparecchio per le radiografie disponibile presso la struttura e gestito da personale qualificato esterno. L'attività mira a soddisfare le esigenze di degenti che necessitano di controllo radiografico, il servizio è rivolto essenzialmente a pazienti con ipomobilità, non autosufficienti e anziani.

- **Medicina di laboratorio ambulatoriale**

La medicina di laboratorio ambulatoriale consente di eseguire analisi del sangue prevalentemente in ambito territoriale. La Rsa di Fontecchio necessita di questo servizio essenzialmente per esami di chimica-clinica-routine. Ciò prevede il reperimento di attrezzatura adatta a tali tipologie di esami e la disponibilità di personale competente.

L'attività di medicina di laboratorio da delle informazioni che si ottengono con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana per prevenire o diagnosticare malattie, per monitorare malattie e per la ricerca. I laboratori generali di base sono laboratori organizzati in modo semplice, svolgono essenzialmente indagini nell'ambito della biochimica clinica, dell'ematologia, della microbiologia e dell'immunologia.

Per le strutture private i requisiti minimi tecnologici sono quelli previsti dei laboratori generali di base per la specialistica di medicina di laboratorio ambulatoriale.

- **Ambulatori specialistici**

A seguito di un'analisi sui bisogni assistenziali legati principalmente alla tipologia di pazienti della Rsa prende forma un progetto che prevede la realizzazione di ambulatori specialistici quali ecografia, neurologia, psicologia e geriatria.

L'ambulatorio di ecografia è uno studio in cui si effettuano indagini diagnostiche.

L'ambulatorio di neurologia prevede attività che si occupano del trattamento delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico tra cui cefalee e le altre forme

di mal di testa, disturbi cognitivi essenzialmente legati alle demenze, epilessia, malattia di Parkinson e malattia di Alzheimer.

L'ambulatorio di psicologia è un punto centrale dell'assistenza a pazienti affetti da diversi disturbi appartenenti alla sfera della neurodiversità. Lo psicologo si inserisce all'interno di un'assistenza multidisciplinare in cui vari professionisti (tra cui il neurologo, l'assistente sociale e i vari terapisti) si occupano del paziente attraverso una collaborazione strutturata tra di essi, questo implica la condivisione degli aspetti clinici e sociali, elemento cardine della presa in carico e della cura del paziente stesso. In questo contesto la visuale lo psicologo si concentra essenzialmente ad un lavoro che permette di far assumere all'altro le proprie cure, rendendolo quindi libero di realizzare il proprio essere (es. insegnare a pescare); è espressione di "*coesistere*".

L'ambulatorio di geriatria. La visita geriatrica consente di valutare in modo specifico le condizioni di salute dell'anziano con particolare riferimento alla diagnosi precoce e allo stato di salute legato all'invecchiamento al fine di permettere ai pazienti anziani di ritardare il declino psico-fisico, mantenere l'autosufficienza e conservare una qualità di vita accettabile.

3.6 Il fundraising dell'associazione “Con Alfredo Onlus” a favore di pazienti inseriti nei percorsi di cura socio-riabilitativi

L'associazione “Con Alfredo Onlus” nasce il 27 settembre dell'anno 2018 per finalità socio-sanitarie in ambito della regione Abruzzo; ha sede in Fagnano Alto (Aq) – fraz. Termine, via Opi, map n.2. Attualmente è costituita da tre soci, presidente, vicepresidente e segretario/tesoriere ma è in atto un programma che porterà l'ente a disporre di un numero più cospicuo di soci in considerazione delle attività previste e di quelle già in essere. I contenuti e la struttura dell'associazione sono ispirati a principi di solidarietà, trasparenza e democrazia che consentono l'effettiva partecipazione della compagine associativa alla vita dell'associazione stessa.

Lo scopo dell'ente è lo svolgimento di attività nei settori: dell'assistenza sanitaria, sociale, sociosanitaria, di tutela dei diritti civili e di beneficenza, per il perseguimento, in via esclusiva, di finalità di solidarietà sociale, rivolgendosi, in particolare, a persone svantaggiate in ragione di condizioni sociali, familiari ed economiche (ai sensi dell'art. 10 del decreto Legislativo n. 460 del 4 dicembre 1997).

Per la realizzazione delle iniziative coerenti alle proprie finalità nonché per attuare il suo scopo, l'associazione può:

realizzare e/o gestire strutture di cura, di prevenzione, assistenziali e in cui si effettuano prestazioni specialistiche tramite suoi collaboratori;

svolgere, sia direttamente che indirettamente, assistenza domiciliare;

promuovere la formazione di operatori e di volontari che operino nell'ambito degli scopi che si prefigge l'Associazione;

sostenere progetti umanitari rivolti al miglioramento delle condizioni di vita delle realtà sociali dei disagiati;

svolgere attività di beneficenza e di solidarietà verso i soggetti più bisognosi;

mantenere un ruolo propulsivo verso le istituzioni del territorio locale e regionale per realizzare coerenti iniziative a favore delle persone in situazione di difficoltà;

sensibilizzare l'opinione pubblica in ordine ai problemi di carattere economico e culturale dei disagiati, attraverso la promozione e lo svolgimento di attività culturali e di ricerca, l'organizzazione di dibattiti e corsi, la raccolta di documentazione, la redazione e la pubblicazione di materiale divulgativo relativo ai temi del disagio sociale, anche presso le scuole ed in occasione di pubbliche manifestazioni;

sviluppare ogni forma di collaborazione con altri enti presenti nel territorio;

svolgere l'attività anche a mezzo di altri Enti No Profit che abbiano i medesimi fini istituzionali.

- **Progetto “Solidarietà e musica” dell'associazione**

L'associazione “Con Alfredo Onlus” si prefigge di sensibilizzare i cittadini verso finalità e progetti solidaristici, questo implica necessariamente la richiesta di disponibilità di risorse umane e finanziarie. La richiesta di tali risorse si traduce nell'interazione strutturata e costante verso qualsiasi individuo o ente che possa nutrire interesse per le attività dell'associazione in modo da “creare” volontari e

donatori. L'importanza della coerenza con i principi e con la mission da parte dell'associazione può essere considerato un valore aggiunto in quanto aumenta il rapporto di fiducia tra le persone e la stessa associazione. A tal proposito è necessario che il rapporto diretto o indiretto con l'altro si basi sul rispetto, sulla trasparenza e sull'evidenza dei risultati.

Per ragioni di natura gestionale, attualmente l'associazione non usufruisce del 5 x mille la cui attivazione è prevista per l'anno 2022.

Molto importante è il progetto chiamato "solidarietà e musica", esso nasce nel 2019 e vede la collaborazione di 52 musicisti; l'intesa e il lavoro svolto dai 52 membri nell'arco di quasi 2 anni porta alla produzione di un compact disc composto da 26 brani (24 cover e 2 inediti). Il cd verrà presentato nel mese di maggio dell'anno 2022 e sarà disponibile per la raccolta fondi a partire dallo stesso mese.

In questa fase la parte più interessante e sostanziale del fundraising da parte dell'associazione "Con Alfredo Onlus" è rappresentata dalle attività legate al reperimento di risorse economiche (donazioni) attraverso la pubblicazione del compact disc che implica anche la visibilità di alcuni sponsor.

Le somme raccolte verranno interamente impiegate per:

- sostegno alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, schizofrenia e demenza.

Il sostegno si traduce nel supportare i familiari e gli operatori sanitari nel percorso di cura socio-riabilitativo delle persone con tali problemi.

Volta per volta verranno individuati i casi da trattare sulla base dei dati raccolti, seguiranno le modalità e i tempi d'intervento.

- Acquisto di attrezzature e materiali e impiego di risorse per i pazienti della Rsa di Fontecchio finalizzati sia al miglioramento dei livelli qualitativi/quantitativi dei percorsi terapeutici e socio-riabilitativi sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria.

L'impiego dell'attrezzatura e delle risorse di cui sopra prevede il monitoraggio delle attività svolte presso la struttura ai fini della valutazione dei risultati.

Conclusioni

L'integrazione socio-sanitaria, con la legge 328/2000, avvia un processo verso tutti gli aspetti sociali, tutto il sistema dedicato alla salute e all'assistenza rivede il proprio assetto organizzativo sia a livello gestionale e dirigenziale sia riguardo l'offerta dei servizi nel territorio. C'è da dire che la parte relativa ai finanziamenti nel sociale è sempre abbastanza carente rispetto a quella sanitaria che "gode" invece di numerosi investimenti e grandi risorse umane ed economiche. Lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria territoriale è favorita anche dal crescere degli enti privati del terzo settore, associazioni, cooperative ecc. La struttura del sistema d'integrazione socio-sanitaria si poggia sui vari provvedimenti legislativi emanati soprattutto tra il 1998 e il 2001; nel corso degli anni si evidenziano varie criticità di carattere organizzativo, gestionale e di impiego delle risorse in ogni area di intervento anche se l'impegno e l'interesse si mantengono alti verso azioni di tipo multidisciplinare e i percorsi socio-riabilitativi, i LEA rimangono i livelli di assistenza da cui realizzare gli interventi anche in ambito regionale. Il piano sociale regionale abruzzese 2016-2018 si inserisce all'interno della programmazione regionale in cui vengono descritti i livelli essenziali di assistenza per tipologia di assistenza, l'organizzazione del sistema socio-sanitario integrato e i servizi e le strutture presenti in ambito territoriale. L'attenzione e la volontà si soffermano sulla possibilità di un ulteriore sviluppo dell'ambito territoriale della provincia di L'Aquila, anche per questo si descrive l'ambito distrettuale n° 5 Comunità Montana "Montagna di L'Aquila" in qualità di ente capofila e si apre una

finestra verso le autorizzazioni e gli accreditamenti (regionali) di posti letto che devono assolutamente rispondere alle necessità e ai bisogni reali di salute delle persone. Utile è anche l'osservazione dei dati (abruzzesi e nazionali) descritti nel secondo capitolo in cui si rilevano le variazioni della popolazione e si evidenziano le relazioni tra la domanda relativa al fabbisogno di salute e l'offerta dei servizi. Un interesse particolare meritano "la vita", l'attuale cambiamento e lo sviluppo della Rsa di Fontecchio, la residenza manifesta molti punti di forza in quanto dotata di risorse umane adatte alle varie tipologie di assistenza, posti letto e spazi per accogliere agevolmente i pazienti e posizione strategica ma allo stesso tempo rivela diverse criticità legate principalmente alle gestioni inadatte degli anni scorsi. Le interviste al personale socio-sanitario dedicato all'assistenza territoriale hanno evidenziato un quadro più esaustivo rispetto a quanto emerge dai dati del ministero della salute che rimangono comunque di massima utilità; le opinioni e le valutazioni dei professionisti frutto di attività sul territorio e di esperienza personale ci consentono di comprendere la qualità dei servizi in termini di efficienza ed efficacia, ci portano a conoscere i punti e gli elementi da considerare per un impiego più razionalizzato delle risorse e uno sviluppo migliore dell'assistenza. Come descritto, a seguito di un cambio di gestione della Rsa di Fontecchio e di un'analisi del territorio, si riflette e si pongono le basi per un potenziamento dell'assistenza nella struttura andando ad agire sulla rimodulazione dei posti letto, sull'offerta dei servizi (ambulatori, laboratorio analisi di base, servizio di radiologi) e sullo sviluppo dei percorsi socio-riabilitativi.

Bibliografia

Ascoli U., 2011, *I servizi sociali in Italia nel nuovo secolo: avanti verso gli anni Cinquanta?*, in Bronzini M., (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli.

Ascoli U., Ranci C., 2003, *Il welfare mix in Europa*, Roma, Carocci.

Banchero A., *Modelli di integrazione sociosanitaria*,
in <http://salute.regione.emilia-romagna.it>

Banchieri G., Dal Maso M. De Luca A., Ronchetti M., 2022, *Come dovrebbero operare gli ospedali di comunità*, Quotidianosanita,
in <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi>

Brolis R., Maccani P., Perino A., 2018, *L'Integrazione socio-sanitaria in pratica*, Maggioli editori.

Campedelli M., 2007, *Il settore socio-sanitario: nuova questione sociale? Tra valori diritti e convenienze*, in “La rivista delle politiche sociali”

Castorina E., 2020, *Le formazioni sociali del terzo settore: la dimensione partecipativa della sussidiarietà*, in <https://www.rivistaaic.it>

Ciarini A., Pipan T., Pedone E., Romano V., 2011, *La casa della salute: nuove pratiche di partecipazione del cittadino*, in Bronzini M., (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli.

Esping-Andersen G., 2000, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

Fabiano A., 2017, *La coprogettazione e il codice degli appalti nell'affidamento dei servizi sociali*, in <https://www.lagazzettadeglientilocali.it>

Fassari L., 2022, *DM 71. Case di Comunità h24 collegate agli studi dei medici di famiglia, numero unico per ricevere assistenza, forte presenza infermieristica e nuovo ruolo per le Farmacie. L'ultima bozza in attesa dell'approvazione definitiva.*

Quotidianosanità,

in <https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento>

Frau P., *L'integrazione sociosanitaria*, in <https://www.astrid-online.it>

Gentili G., 2018, *La casa della salute tra distretto, cronicità e assistenza primaria*, Sanità 24, il Sole 24 ore, in <https://www.sanita24.ilsole24ore.com>

Gualdani A., 2007, *I servizi sociali tra universalismo e selettività*

Iacopini D., *Venti anni di 328. Una legge innovativa, più apprezzata dagli operatori che dalla politica*, in <https://www.redattoresociale.it>

Moretti C., 2011, *L'operatività dell'assistente sociale tra fragilità sociali e fragilità politiche*, in Bronzini M., (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli.

Moretti C., Mammoli M., 2011, *Progetto Passi: l'integrazione del servizio sociale negli studi medici*, in Bronzini M., (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli.

Natali D., Stamati F., Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011.

Pizzolato F., *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in <https://amministrazioneincammino.luiss.it>

Rossi E., *Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?*

in https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/2_2018

Spina E., 2011, *L'operatore socio-sanitario. Prospettive e criticità in un profilo in divenire*, in Bronzini M., (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli.

Statuto associazione “Con Alfredo Onlus”

Trivellato P., Lorenz W., 2010, *Una professione in movimento, in Facchini C. (a cura di), Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Bologna, Il Mulino.

Sitografia

Ambito Distrettuale Sociale n. 5 “Montagne Aquilane” ECAD Comunità Montana
“Montagna di L’Aquila” Azienda ASL di Sulmona - Avezzano - L’Aquila

<https://www.cucscoppito.etrasparenza.it>

Ambulatorio di geriatria, <https://studioecorad.it>

Autorità Nazionale Anticorruzione, Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016, *Linee guida*, <https://www.anticorruzione.it>

Che cos’è la salute mentale?

<https://www.aiutiamoli.it/onlus/salute-mentale/nggallery/page/1>

Codice del terzo settore, <https://www.federnotizie.it>

Comunità socio educative riabilitative, <https://www.aspambitonove.it>

Consiglio di Stato, sezioni giurisdizionali, sez. III, 6 febbraio 2015, n. 604,
<https://www.giustizia-amministrativa.it>

Decisioni della corte - sentenza, 2013, <https://www.giurcost.org>

Enti no profit, <https://www.csvnet.it>

Integrazione sociosanitaria, principali provvedimenti relativi all'integrazione sociosanitaria, <https://www.careonline.it>

ISTAT, 2018, Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie. <https://www.istat.it>

ISTAT, Rapporto SDGs 2018. *Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Prima analisi*, <https://www.istat.it>

La demenza non è solo una questione di memoria, <https://www.istitutobeck.com>

La visita neurologica, <https://www.simamed.it/neurologia>

Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario, rapporto n. 18, <https://www.rgs.mef.gov.it>

L'Opera Santa Maria della Pace – Rsa di Fontecchio, <http://www.qsalute.it>

Manuale di accreditamento giugno 2008 - Regione Abruzzo, <http://www.frgeditore.it>

Ministero della salute, <http://www.salute.gov.it>

Neurodiversità, <https://www.orizzontescuola.it> - <https://www.stateofmind.it>

Neuromed – Istituto Neurologico Mediterraneo Pozzilli, <https://www.neuromed.it>

Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private,

<http://www2.consiglio.regione.abruzzo.it>

Piano sanitario 1998-2000, <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

Piano sociale regionale 2016-2018 Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria, <https://www.abruzzosociale.it>

Polizze, welfare aziendale e fondi a sostegno della spesa sanitaria privata,

<https://assiteca.it>

Quando si diventa anziani, <http://www.sigg.it>