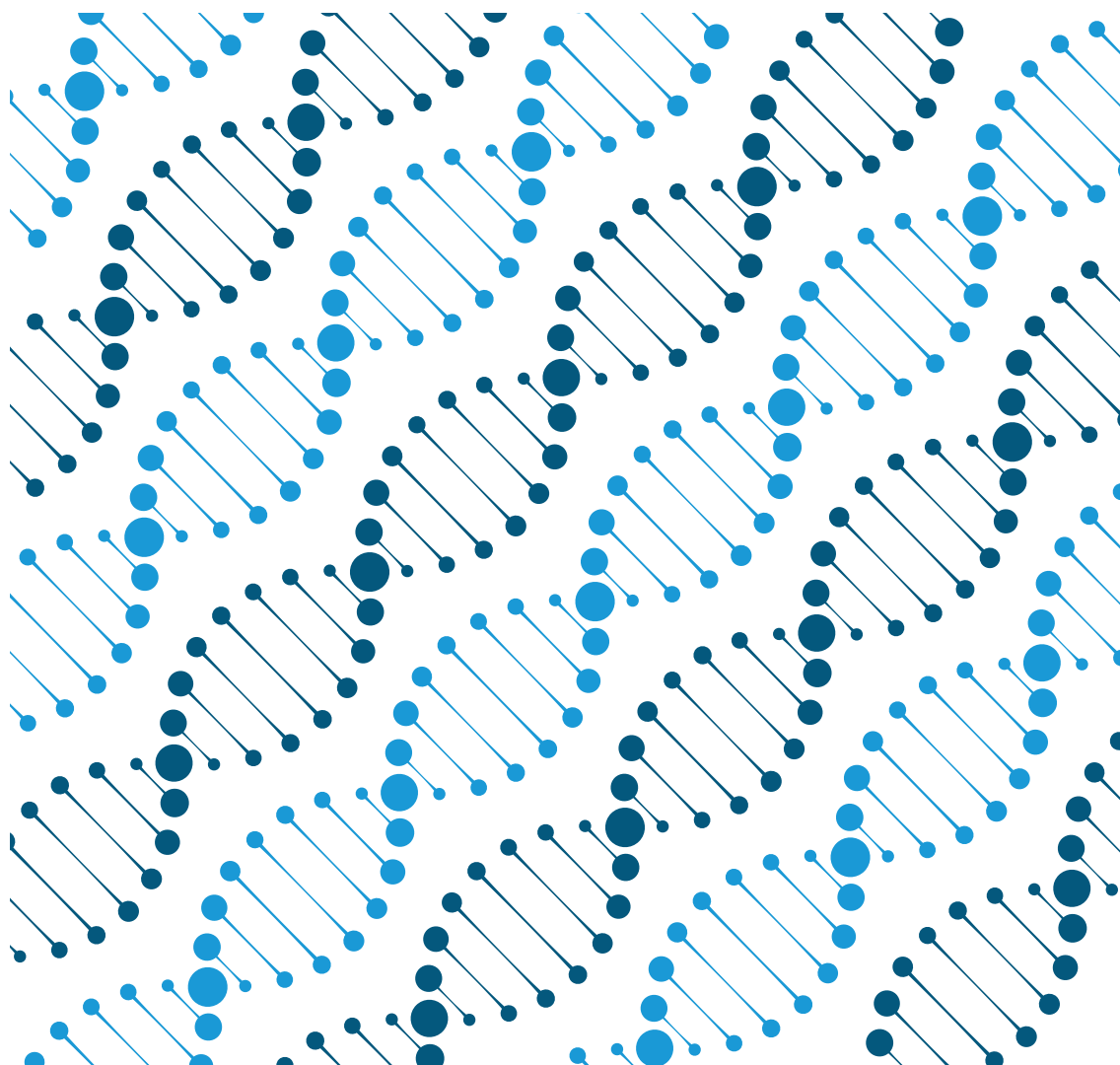


Salute e territorio

I SERVIZI SOCIO-SANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2025





Salute e territorio

I SERVIZI SOCIO-SANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2025



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

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

Il presente lavoro si chiude con le informazioni disponibili al 7 novembre 2024.
ISBN: 978-88-6650-036-0

Progetto grafico:
Pasquale Cimaroli, Claudia Pacelli
cpalquadrato.it

Indice

Prefazione di *Alessandro Canelli* / 5

Introduzione di *Fabrizio d'Alba* / 7

Capitolo 1.

Il contesto di riferimento / 9

Capitolo 2.

Le Missioni 5 e 6 del PNRR. Stato dell'arte a metà strada / 15

2.1. Stato dell'arte del PNRR. Gli investimenti e le rimodulazioni / 17

2.2. La Missione 5 per la coesione e l'inclusione. Cosa sta cambiando / 22

2.3. La Missione 6 per la salute. Cosa sta cambiando / 25

2.4. Qualche considerazione sui cambiamenti in atto / 38

Capitolo 3.

Il territorio sta cambiando (?) / 41

3.1. Buoni esempi, complicazioni e soluzioni / 43

3.2. Il rischio del gioco dell'oca / 46

3.3. Aree interne. Demografia e cenni su soluzioni di prossimità / 51

*3.3.1. Appunti sugli elementi facilitanti la salute
e la prevenzione nelle aree interne* / 61

3.4. Non autosufficienza. Legge e ricadute sulla società / 64

3.5. L'Alzheimer e le patologie degenerative / 67

3.6. Il sollievo: chi si occupa dei caregiver familiari? / 70

3.6.1. Alcuni spunti giuridici sulla figura del caregiver familiare / 72

3.7. Il SSN tra discredito e aggressioni. Comunicare ai cittadini tempi e servizi / 75

Capitolo 4.

I servizi sociali dei comuni: spesa, aree di utenza ed enti gestori / 81

4.1. Le dinamiche di spesa / 83

4.2. Le tipologie di spesa e le aree di utenza / 85

4.3. Gli enti gestori / 90

Capitolo 5.

One Health e azioni in corso / 93

5.1. One Health: dare forma alle parole / 95

5.2. Il clima, la salute e le città / 97

5.2.1. Le Marmot cities / 100

5.3. Gli adulti di domani / 102

5.3.1. Dipendenze e disagio psichico / 104

5.4. Gli anziani di oggi e i centenari di domani:
strategie per l'invecchiamento attivo / 109

5.4.1. Il movimento / 113

5.4.2. L'aderenza terapeutica / 114

Conclusioni / 119

Appendice

Elenco dei servizi sociali o interventi offerti dai comuni / 125

Bibliografia e sitografia / 127



Prefazione

A cura di **Alessandro Canelli**
Presidente IFEL-Fondazione ANCI

Le dinamiche demografiche, i vincoli di finanza pubblica, le carenze negli organici delle amministrazioni richiedono un riorientamento delle politiche e un rinnovamento nelle forme di gestione tanto in campo sanitario quanto in quello dell'assistenza. Richiedono, soprattutto, un rinnovato sforzo per costruire una solida e diffusa integrazione del socio-sanitario.

L'invecchiamento della popolazione, l'incremento del numero dei malati cronici e delle persone non autosufficienti, il diffondersi del disagio mentale, le nuove forme assunte dalle dipendenze impongono la costruzione di un campo comune di azione dove le amministrazioni comunali e l'amministrazione sanitaria collaborino in forme innovative.

Questo Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è un modo per provare a mettere in fila una serie di fenomeni sociali, ambientali e sanitari che osserviamo nelle loro rappresentazioni quotidiane e nei tentativi che vengono introdotti per trovare soluzioni. Ma è necessario partire da un monitoraggio costante e da un'analisi congiunta della evoluzione della domanda, individuando l'intreccio di esigenze sociali e sanitarie, definendo moduli di collaborazione istituzionali e organizzativi con una particolare attenzione alla prevenzione, alla medicina territoriale e all'uso delle nuove tecnologie per garantire servizi anche nelle aree più interne del Paese.

È necessario organizzarsi di fronte ad un quinto della popolazione italiana che è affetta da ma-

lattie croniche, condizione che aumenta il grado di non autosufficienza e determina maggiore domanda di servizi sanitari e assistenza. È necessario organizzarsi anche per dare forza e legittimazione a una quantità di figure professionali legate al territorio che si occupa della cura del quotidiano, che ad oggi sono state un po' nell'ombra e che, in una prospettiva demografica così bisognosa di attenzioni costanti, diventano nodi importanti di una rete diffusa.

Per studiare e trovare soluzioni, la Fondazione IFEL sta avviando con Federsanità una fattiva collaborazione per promuovere *know-how* e sviluppo delle rispettive competenze finalizzate all'innovazione dei processi assistenziali complessi.

Federsanità e IFEL hanno concordato un percorso per i prossimi anni dedicato al rapporto tra salute e territorio che metta a confronto il mondo delle autonomie locali e quello della sanità per definire uno scenario futuro, sia in termini di evoluzione della domanda di salute, che di offerta di politiche e servizi alla luce dei mutamenti in atto.

Il Rapporto "Salute e territorio" è e sarà nei prossimi anni un appuntamento per fare il punto sulla domanda e sull'offerta di servizi socio-sanitari e sulle innovazioni che dovranno permettere la sostenibilità del *welfare* territoriale.

Buona lettura.



Introduzione

A cura di **Fabrizio d'Alba**
*Presidente Federsanità-Confederazione
delle Federsanità ANCI regionali*

Il Rapporto IFEL-Federsanità sulla spesa sociale dei comuni, giunto alla sua terza edizione, rappresenta un punto di riferimento per l'avvio di una riflessione profonda sui sistemi di assistenza, prossimità e presa in carico, a partire dall'analisi dei dati demografici e ambientali e dalla valutazione critica delle azioni che si stanno mettendo in campo in ogni territorio del Paese.

Da tempo a livello locale ci si sta attivando per migliorare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini mentre, a livello nazionale, per attuare gli obiettivi del DM 77 e del PNRR, si stanno definendo riforme, linee guida e standard innovativi al fine di orientare le realtà territoriali verso una programmazione che metta al centro l'integrazione tra sanitario, sociale, e tutto ciò che concorre ad una visione di salute in tutte le politiche, come unico vettore del cambiamento.

L'incontro tra queste due visioni - il livello quotidiano concreto di attuazione e quello di indirizzo e di programmazione - fa emergere da una parte un quadro significativo che valorizza le esperienze concrete maturate sul territorio e dall'altro delinea le principali sfide da affrontare.

Lo sviluppo dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali è quello che dobbiamo realizzare attraverso strumenti, strategie e modelli organizzativi, confrontandoci con le dinamiche evolutive del SSN e adottando ogni iniziativa, sia a livello politico che culturale e scientifico, volta

a tutelare i principi cardine della nostra Costituzione in materia di tutela della salute pubblica.

Attualmente ogni intervento, a livello centrale e regionale, è basato, sul piano economico e sul piano operativo, sulla necessità di una forte integrazione tra le amministrazioni locali e le strutture sanitarie e socio-sanitarie. Si pensi, in tal senso, non solo al PNRR e alla medicina di prossimità, ma anche ai numerosi progetti sovvenzionati dai fondi per lo sviluppo e la coesione.

In questo contesto, però, l'urgenza è rappresentata dalla reale condivisione delle linee di programmazione politica in materia sanitaria e socio-assistenziale. L'integrazione, infatti, non passa soltanto dalle azioni messe in atto e dalle iniziative progettate e realizzate nei territori, ma si realizza realmente attraverso l'integrazione delle conoscenze sui bisogni di salute, attraverso l'integrazione delle competenze e delle risorse. E, per integrare veramente i servizi, occorre essere disponibili a lasciare ognuno parte del proprio spazio e mettersi in ascolto, creando "momenti" in cui le persone si confrontano con chi, quotidianamente, affronta gli stessi problemi e lavora per i medesimi obiettivi ma con strumenti diversi.

Questa edizione del Rapporto IFEL-Federsanità ci aiuta a scattare una fotografia di come il territorio stia cambiando: le strutture territoriali previste dal PNRR, Case e Ospedali di Comunità,

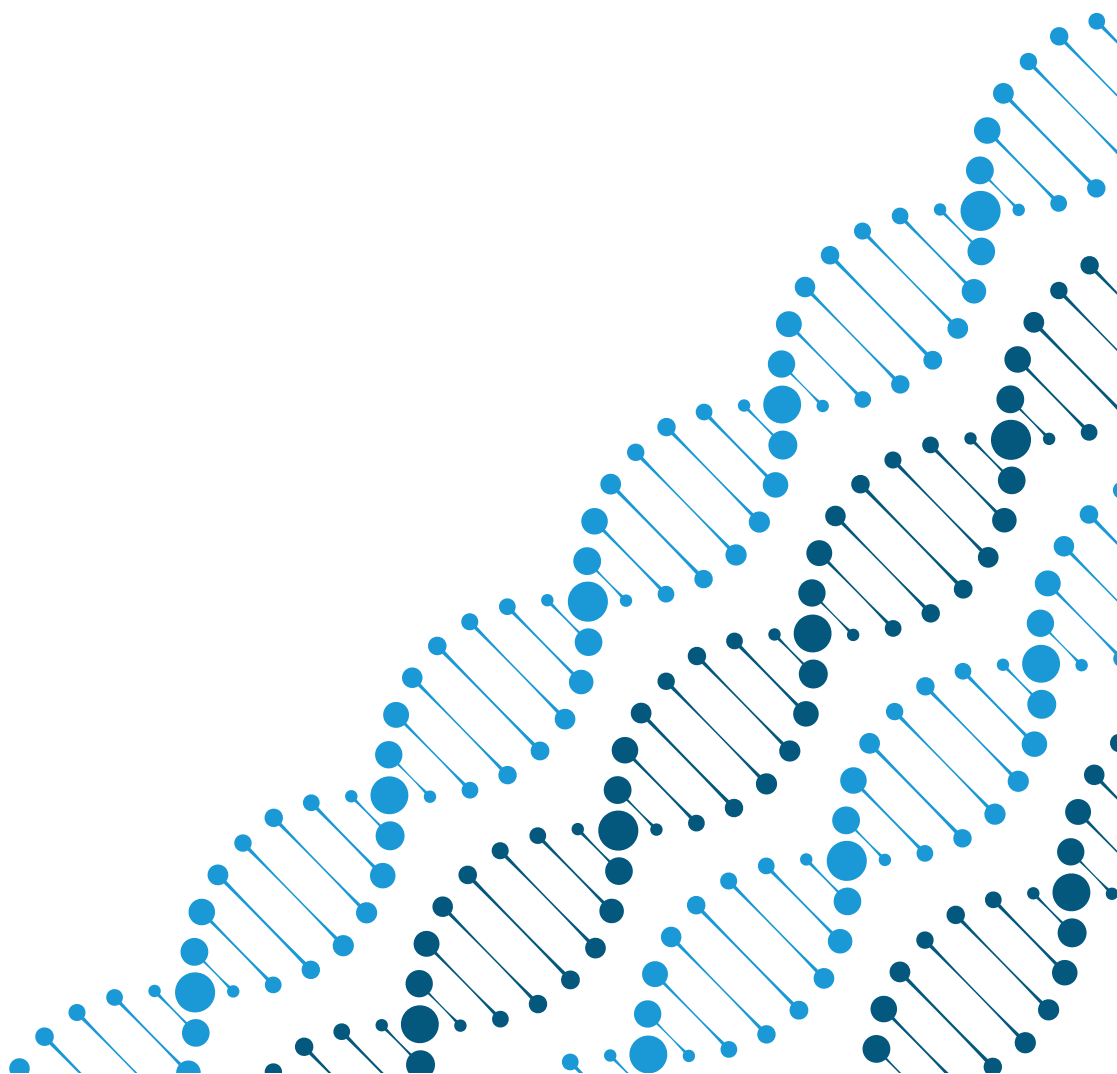
Centrali Operative Territoriali (COT), così come la digitalizzazione dei servizi, sono una straordinaria opportunità per trasformare la rete di presa in carico che mettiamo a disposizione dei cittadini. Ma è necessario porre in discussione una volta per tutte le logiche prestazionali, ripensare i modelli di presa in cura e puntare con decisione sulla medicina di iniziativa, sulla integrazione dei percorsi e sulla appropriatezza. Bisogna uscire dalla logica che vede nel pronto soccorso e nell'ospedale l'unico "rifugio" per ottenere una prestazione (come denunciato di recente da una indagine della Società Italiana della Medicina di Emergenza-Urgenza-SIMEU, che ha rilevato un 26% di accessi impropri in pronto soccorso). L'obiettivo è creare un sistema sanitario più efficiente ed equo, capace di rispondere in modo diffuso ed efficace alla richiesta di cura e assistenza.

Guardando al prossimo futuro, e analizzando i dati demografici ed epidemiologici, certamente il SSN sarà chiamato a lavorare sul miglioramento delle proprie *performance*, sulla revisione della struttura della propria "offerta" e sui modelli organizzativi ma, per fare questo, non esiste una via alternativa al dialogo, alla sinergia per lo sviluppo di politiche organiche tra il comparto della sanità e quello del sociale. L'organicità delle azioni si potrà garantire solo se saremo in grado di promuovere e realizzare iniziative tra loro coerenti, integrate, sinergiche.

La nostra capacità di innovare sarà legata alla capacità di confrontarci, capire come cogliere la velocità con cui le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, la medicina e i bisogni dei cittadini evolvono.

Capitolo 1

Il contesto di riferimento





Questo 2024, ancora da concludersi al momento della redazione del presente Rapporto, si caratterizza per una serie di eventi e condizioni che, in parte, hanno origine nel 2021 (come i dati di spesa sociale dei comuni analizzati nel Capitolo 4 che l'Istat ha rilasciato pochi mesi fa).

Alcuni di questi eventi - con uno sguardo rivolto al passato - hanno visto negli ultimi mesi la loro conclusione e altri si trovano in quella parte del percorso più vicina al traguardo che alla partenza.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, definito nel 2021, vede ormai all'orizzonte il suo traguardo e, come capita in queste situazioni, necessita di monitoraggi e valutazioni che vadano oltre l'aspetto, assolutamente importante, delle erogazioni e delle *milestone* e *target* raggiunti. E ciò vale ancora di più per quelle Missioni, come la Missione 5 Inclusione e Coesione e la Missione 6 Salute, che hanno un impatto diretto sulla vita quotidiana e futura dei cittadini.

L'Istat racconta che ad oggi la popolazione al di sopra dei 65 anni rappresenta il 24% del totale (un aumento di 5 punti percentuali rispetto al 2003) e di questa popolazione oltre la metà

ha almeno 75 anni. Sono aumentati contestualmente anche l'età media della popolazione, fino a 46 anni, rispetto ai 42 anni del 2003, e l'indice di vecchiaia (ogni 100 giovanissimi dagli 0 ai 14 anni ci sono circa 200 persone ultra 65enni). Le proiezioni dell'Istat mostrano un 2050 in cui la popolazione sopra i 65 anni potrebbe rappresentare il 34,5% del totale secondo lo scenario mediano, con un rapporto intergenerazionale squilibrato tra ultrasessantacinquenni e ragazzi, in misura di oltre tre a uno.

L'Italia di questi numeri ha la necessità di guardare ai servizi sociali e sanitari non solo per come sono ora, ma soprattutto per quello che dovranno gestire tra qualche decennio in termini di bisogni di cura, assistenza e salute. E questo non solo monitorando le situazioni ben visibili e sufficientemente monitorabili, ma anche guardando a quei fenomeni per i quali sembra non esserci prevedibilità come l'aumento di fenomeni di violenza tra i giovani, l'incremento dei femminicidi, le morti sul lavoro, la povertà assoluta, ecc.

Nel 2024 sembra essersi concluso l'*iter* del cosiddetto Superbonus del 110%, un'agevolazio-

ne prevista dal Decreto Rilancio che eleva al 110% l'aliquota di detrazione delle spese sostenute per efficientamento energetico e sicurezza dal 1° luglio 2020 al 30 giugno 2022 (su questa scadenza sono poi intervenute alcune proroghe, precisazioni, revisioni).

Pensato per specifici interventi di efficienza energetica, di interventi antisismici, di installazione di impianti fotovoltaici o delle infrastrutture per la ricarica di veicoli elettrici negli edifici, ha avuto effetti diversi diretti e indiretti sul territorio italiano cambiando il volto delle città arrivando anche, come si vedrà nei prossimi Capitoli, in alcuni casi ad una sorta di eterogenesi dei fini.

Il 2024 è anche l'anno in cui, con maggiore forza, sono apparsi evidenti gli sconvolgimenti degli eventi estremi che comporta il cambiamento climatico. L'Italia è stata per mesi un Paese diviso in due dove una parte ha sofferto di una siccità lunga e devastante e l'altra di alluvioni e distruzione. Due facce di un problema noto che necessita di decisioni non più rinviabili.

In questo contesto, non certo esaustivo, è opportuno ricordare l'approvazione della Legge 26 giugno 2024, n. 86 recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Un provvedimento che fa seguito ad un'ampia discussione sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, che si è svolta a partire dalla fine della XVII legislatura, dopo le iniziative intraprese da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna nel 2017.

Il provvedimento, che si compone di 11 articoli, individua in premessa le finalità dell'intervento legislativo richiamando: il rispetto dell'unità nazionale e il fine di rimuovere discriminazioni e

disparità di accesso ai servizi essenziali sul territorio; il rispetto dei principi di unità giuridica ed economica, di coesione economica, sociale e territoriale, anche con riferimento all'insularità, nonché dei principi di indivisibilità e autonomia; l'attuazione del principio di decentramento amministrativo; il fine di favorire la semplificazione e l'accelerazione delle procedure, la responsabilità, la trasparenza e la distribuzione delle competenze idonea ad assicurare il pieno rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza di cui all'articolo 118 della Costituzione, nonché del principio solidaristico di cui agli articoli 2 e 5 della Costituzione. Si stabilisce che l'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme di autonomia, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti equamente su tutto il territorio nazionale, è consentita subordinatamente alla determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) di cui all'articolo 117, primo comma, lettera m), della Costituzione, ivi inclusi quelli connessi alle funzioni fondamentali degli enti locali, e nel rispetto dei principi sanciti dall'articolo 119 della Costituzione.

Sono tali livelli che indicano la soglia costituzionalmente necessaria e rappresentano il nucleo invalicabile per rendere effettivi i predetti diritti su tutto il territorio nazionale e per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale.

Pertanto, poiché l'avvio effettivo è consentito subordinatamente alla determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, è ancora in corso una riflessione nel Paese con posizioni e azioni molto diversificate (regioni contrarie, raccolta di firme per referendum abrogativo, ecc.).

Nonostante i Tavoli e le indagini avviate sul tema, si rileva che si tratta di una discussione

che fatica a dare corpo e forma alle decisioni assunte perché la definizione dei Livelli Essenziali di Prestazioni risulta di difficile costruzione, perché il nome assegnato ad un tipo di servizio (v. elenco a fine Rapporto) non definisce di cosa, di quali azioni, di quali costi è fatto il servizio stesso. E, pertanto, resta di difficile attuazione la garanzia di rendere i LEP applicabili in egual misura e in maniera omogenea su tutto il Paese non avendo ancora trovato l'unità di misura che renda uniforme sul territorio la sua applicazione.

Quest'anno ha messo in evidenza come, anche situazioni assolutamente positive come il turismo, possono diventare un problema da dover gestire, soprattutto nelle grandi città.

Dopo le chiusure del Covid, quasi per reazione, c'è stato un incremento del turismo di massa che ha portato alcune città a prendere decisioni drastiche per limitare l'accesso alle stesse o ad alcuni monumenti. Una invasione di ospiti che ha un effetto non indifferente sull'uso dei servizi urbani e sulla destinazione d'uso delle abitazioni che, soprattutto nelle zone centrali, diventano sempre più spesso alloggi per turisti costringendo i residenti a spostarsi in zone più periferiche, trasformando la natura stessa di alcune città.

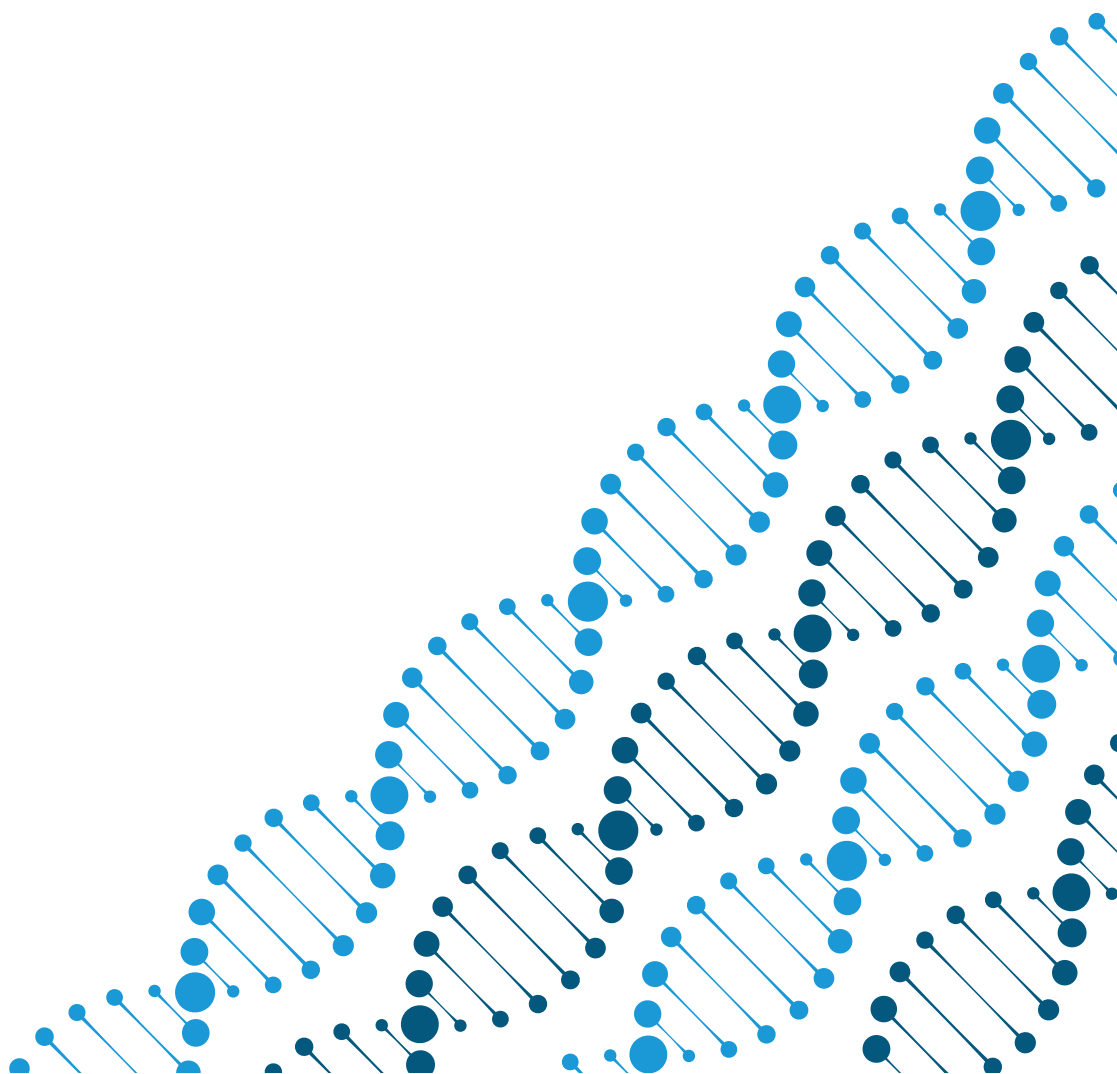
Infine, tra i fatti che rendono il 2024 difficile e gravoso, ci sono le guerre in Ucraina e Israele. Si tratta di conflitti che hanno radici lontane ma che quest'anno sono esplose con maggiore violenza e che via via stanno coinvolgendo i Paesi confinanti, la diplomazia mondiale, l'economia, ecc.

Senza contare - cosa più drammatica - il numero di vittime che quotidianamente si registra e che, in un Occidente che sembrava ormai pacificato, comportano un peso di responsabilità e di incertezza sul futuro.

In conclusione, il contesto di riferimento del 2024 sembra proprio essere l'incertezza. Un sentimento che ha sostituito quei pensieri che, immediatamente dopo il Covid, permeavano la visione del futuro: senso di comunità, ripresa, innovazione, ecc.

Capitolo 2

Le Missioni 5 e 6 del PNRR.
Stato dell'arte a metà strada





2.1. Stato dell'arte del PNRR. Gli investimenti e le rimodulazioni

Il PNRR italiano, nella sua versione originaria, si articolava in 6 Missioni, suddivise in 16 Componenti, funzionali alla realizzazione degli obiettivi economico-sociali previsti dal Piano. Una quota pari ad almeno il 37% delle risorse era previsto⁽¹⁾ che fosse destinata a misure per la transizione verde e almeno il 20% alla transizione digitale.

A seguito della revisione del Piano, approvata definitivamente l'8 dicembre 2023 dal Consiglio ECOFIN, è stato introdotto nel PNRR italiano il nuovo capitolo REPowerEU ovvero il piano dell'Unione europea adottato per ridurre la dipendenza energetica dalla Russia e accelerare la transizione verde. REPowerEU costituisce quindi quella che è divenuta la Missione 7.

Ma, oltre all'inserimento della Missione 7, la revisione ha interessato tutto il Piano sia in termini di numero di investimenti da realizzare, sia sotto il profilo temporale e finanziario con modifiche in termini di risorse, di riallocazione dei finanziamenti all'interno della singola Missione che tra le

Missioni. Sono stati definiti rimodulazioni e defianziamenti di interventi già esistenti ovvero l'inserimento di nuove misure, e la contestuale modifica di *milestone* e *target* a esse collegati (il cui raggiungimento viene in molti casi posticipato rispetto a quanto previsto nel Piano originario).

Il Piano modificato con l'inserimento della Missione 7, dedicata al capitolo REPowerEU, prevede misure che contribuiscono in ampia misura alla transizione verde, alla biodiversità e ad affrontare le sfide che ne conseguono. Con queste modifiche, le misure a sostegno degli obiettivi climatici arrivano ad un importo pari al 39,0% della dotazione totale del Piano, mentre le misure a sostegno degli obiettivi digitali rappresentano un importo pari al 25,6% della stessa dotazione.

La Tabella 1 rappresenta come il finanziamento del capitolo relativo a RePowerEU (M7) è stato realizzato - oltre che da nuovi fondi per 2,9 miliardi - anche attingendo a risorse dalle altre Missioni, con l'eccezione della prima e della sesta⁽²⁾.

¹ Regolamento (UE) 2021/241 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R0241&from=IT>

² Per un'analisi delle rimodulazioni del nuovo Piano si segnala il Dossier del Servizio Studi della Camera dei Deputati "La riprogrammazione degli interventi del PNRR" (8 aprile 2024), <https://temi.camera.it/leg19/pnrr/missioni.html>

Tabella 1. Le risorse (dati in miliardi di euro) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza a seguito della revisione: differenza per Missione

		PNRR originario	PNRR Revisionato	Differenza
M1	Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo			
M1C1	Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA	9,72	9,74	0,02
M1C2	Digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo	23,89	24,99	1,1
M1C3	Turismo e Cultura 4.0	6,68	6,61	-0,08
Totale Missione 1		40,29	41,34	1,05
M2	Rivoluzione verde e transizione ecologica			
M2C1	Economia circolare e agricoltura sostenibile	5,27	8,12	2,85
M2C2	Transizione energetica e mobilità sostenibile	23,78	21,97	-1,81
M2C3	Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici	15,36	15,57	0,21
M2C4	Tutela del territorio e della risorsa idrica	15,06	9,87	-5,19
Totale Missione 2		59,46	55,53	-4,2
M3	Infrastrutture per una mobilità sostenibile			
M3C1	Investimenti sulla rete ferroviaria e sulla sicurezza stradale	24,77	22,79	-1,98
M3C2	Intermodalità e logistica integrata	0,63	0,95	0,32
Totale Missione 3		25,40	23,74	-1,65
M4	Istruzione e ricerca			
M4C1	Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università	19,44	19,08	0,64
M4C2	Dalla ricerca all'impresa	11,44	11,01	-1,43
Totale Missione 4		30,88	30,08	-0,79
M5	Inclusione e coesione			
M5C1	Politiche per il lavoro	6,66	7,71	1,05
M5C2	Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore	11,22	8,32	-2,89
M5C3	Interventi speciali di coesione territoriale	1,98	0,88	-1,09
Totale Missione 5		19,81	16,91	-2,89
M6	Salute			
M6C1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale	7,0	7,75	0,75
M6C2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio nazionale	8,63	7,88	-0,75
Totale Missione 6		15,63	15,63	0
M7	REPowerEU	-	11,18	11,18
TOTALE PNRR		191,50	194,42	2,92

Fonte: Camera dei Deputati, 2024

Per quanto di interesse in questo Rapporto, quello che appare evidente è la riduzione delle risorse della Missione 5 (quella relativa alla Missione 2 può essere, in qualche modo, compensata dalla creazione della Missione 7). Una scelta, quella di ridurre le risorse delle Missione 5 che, pur avendo le sue motivazioni, sembra non pertinente rispetto anche rispetto al pensiero che aveva dato origine al Piano. Va, infatti, sottolineato che queste azioni sono state pensate in gran parte per ricostruire e rafforzare un tessuto sociale devastato dalla pandemia da Covid 19, e che spesso quelle azioni che non si realizzano nell'area del sociale hanno ripercussioni in ambito sanitario.

In particolare, per quanto riguarda la Missione 5, il taglio interessa due Componenti: la Componente 2 dedicata a infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, che ha perso 2,89 miliardi, arrivando a valere 8,32 miliardi di euro e la Componente 3 per gli interventi speciali di coesione territoriale, che ha subito un taglio di 1,09 miliardi, raggiungendo gli 880 milioni di euro.

Nel Dossier della Camera dei Deputati, XIX Legislatura, dell'8 aprile 2024, intitolato "La riprogrammazione degli interventi del PNRR"⁽³⁾ vengono esposti i definanzeamenti totali e le motivazioni. In particolare, nella Tabella 2 e 3 vengono riprese solo le riduzioni dei finanziamenti precedentemente previsti per le Missioni 5 e 6 con le rispettive motivazioni e conferma del loro rifinanziamento.

3 <https://documenti.camera.it/leg19/dossier/Pdf/DFP28Rb.pdf>

Tabella 2. Definanziamenti totali della Missione 5, valori in milioni di euro

Misura	Dotazione PNRR originario (13 luglio 2021)	Di cui progetti in essere	Dotazione PNRR revisionato (8 dicembre 2023)	Variazione finanziaria	Di cui progetti in essere fuoriusciti dal PNRR	Note
M5C3 (l. 1.1.1) Aree interne - Potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità	725	225	0	-725	-225	Nella Quarta Relazione si afferma che, sulla base dei dati disponibili sul sistema ReGiS, sono emerse criticità attuative che avrebbero messo a rischio il conseguimento del target al 31 dicembre 2025. Pertanto l'intervento è stato eliminato dal Piano. La misura è stata rifinanziata per 500 milioni dall'articolo 1, co. 5, del D.L.19/2024. La quota riferita ai progetti in essere, 225 milioni, resta finanziata con le risorse del bilancio dello Stato.
M5C3 (l. 1.2) Valorizzazione dei beni confiscati alla mafia	300	-	0	-300	-	Nella Quarta Relazione si afferma che, sulla base dei dati disponibili sul sistema ReGiS, l'investimento in questione presentava criticità attuative che mettevano a rischio il conseguimento dei due target associati alla misura. Pertanto è stato eliminato dal Piano. La misura è stata interamente rifinanziata per 300 milioni dall'articolo 1, co. 5, del D.L. 19/2024.

La Tabella riproduce i dati a disposizione sugli investimenti del PNRR pubblicati dal Governo nella Quarta Relazione sullo stato di attuazione del PNRR (DOC. XIII, n. 2) e nella Council Implementing Decision (CID) allegata alla Decisione del Consiglio del 13 luglio 2021 e s.m.i.. Le informazioni attinenti alle variazioni delle risorse stanziare negli investimenti, con riferimento anche a quelle relative ai "progetti in essere", sono derivate dal confronto tra i dati relativi agli investimenti originariamente previsti dal PNRR e quelli presenti nella citata Quarta Relazione, nonché da informazioni fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato generale per il PNRR.

La consistenza finanziaria originaria dei Nuovi Progetti e dei Progetti in essere è ripresa dalla Tabella A, allegata al Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 6 agosto 2021 e s.m.i. "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione e modifiche alla Tabella A del decreto 6 agosto 2021" (GU Serie Generale n.229 del 24-09-2021; GU Serie Generale n.309 del 30-12-2021; GU Serie Generale n.114 del 17-05-2022; GU Serie Generale n.72 del 25-03-2023).

Fonte: Camera dei Deputati, 2024

Tabella 3. Definanziamenti parziali della Missione 6, valori in milioni di euro

Misura	Dotazione PNRR originario (13 luglio 2021)	Di cui progetti in essere	Dotazione PNRR revisionato (8 dicembre 2023)	Variazione finanziaria	Di cui progetti in essere fuoriusciti dal PNRR	Note
M6C2 (l. 1.2) Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile	1.639	1.000	889	-750	-750	<p>Si rammenta che la misura si articola in due linee di investimento: (a) "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (639 milioni del Next Generation EU) e (b) "Progetti in essere" (1.000 milioni ex art. 20, L. 67/1988).</p> <p>In merito alla prima linea di investimento, nella Quarta Relazione si afferma che la revisione ha previsto, in via prudenziale, una riduzione del target minimo riferito agli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere funzionali all'allineamento alle norme antisismiche da 109 ad almeno 84 (M6C2-10), senza previsioni di defianziamento a carico della singola misura, la cui dotazione finanziaria rimane di 638 milioni di euro, né modifiche rispetto alla programmazione dei Contratti istituzionali di sviluppo. Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati, la Relazione afferma che è previsto "l'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88 ed eventuali risorse alternative nonché le risorse aggiuntive del Fondo Opere Indifferibili". Per quanto attiene, invece, ai progetti in essere ex art. 20, L. 67/1988, essi risultano fuoriusciti dal PNRR per 750 milioni (da 1 miliardo a 250 milioni di euro). Per i progetti in essere che restano all'interno del PNRR è stato introdotto un target aggiuntivo (M6C2-10bis) che prevede l'erogazione di almeno il 90% della dotazione finanziaria complessiva per progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali relativi ad Accordi di Programma ai sensi dell'art. 20, L. 67/1988 e realizzati dal Ministero della Salute con le rispettive Regioni e Province Autonome.</p> <p>Le risorse oggetto della rimodulazione finanziaria dei progetti in essere - la cui realizzazione si conferma essere garantita attraverso le risorse ordinariamente previste a legislazione vigente - sono state destinate al rafforzamento delle misure previste nell'ambito della Componente 1, di assistenza domiciliare e telemedicina. Si segnala che il comma 13 dell'articolo 1 del D.L. 19/2024 reca disposizioni in merito alle risorse e alle procedure ai fini della realizzazione del programma denominato "Verso un ospedale sicuro e sostenibile".</p>

La Tabella riproduce i dati a disposizione sugli investimenti del PNRR pubblicati dal Governo nella Quarta Relazione sullo stato di attuazione del PNRR (DOC. XIII, n. 2) e nella Council Implementing Decision (CID) allegata alla Decisione del Consiglio del 13 luglio 2021 e s.m.i.. Le informazioni attinenti alle variazioni delle risorse stanziare negli investimenti, con riferimento anche a quelle relative ai "progetti in essere", sono derivate dal confronto tra i dati relativi agli investimenti originariamente previsti dal PNRR e quelli presenti nella citata Quarta Relazione, nonché da informazioni fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato generale per il PNRR. La consistenza finanziaria originaria dei Nuovi Progetti e dei Progetti in essere è ripresa dalla Tabella A, allegata al Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 6 agosto 2021 e s.m.i. "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione e modifiche alla Tabella A del decreto 6 agosto 2021" (GU Serie Generale n.229 del 24-09-2021; GU Serie Generale n.309 del 30-12-2021; GU Serie Generale n.114 del 17-05-2022; GU Serie Generale n.72 del 25-03-2023).

Fonte: Camera dei Deputati, 2024

2.2. La Missione 5 per la coesione e l'inclusione. Cosa sta cambiando

Per capire cosa si sta realizzando e cosa sta cambiando rispetto agli investimenti PNRR in gestione a comuni e città metropolitane nell'ambito della Missione 5, si fa riferimento al Rapporto IFEL "Lo stato di attuazione del PNRR e il ruolo dei comuni, Edizione 2024"⁽⁴⁾. In particolare, si riporta una sintesi tratta dal Capitolo 2 a cura di Massimo Allulli (ANCI), circa lo stato dell'arte e delle prossime scadenze per quanto riguarda la Missione 5, Componente 2, Investimento 1, 2 e 3. E, a seguire, l'investimento 1.1 della Componente 3 della stessa Missione, dedicato alle aree interne.

M5C2 - INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE

«Gli investimenti sul welfare sono i seguenti: Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili (500 milioni), Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità (500 milioni), Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta (450 milioni). La titolarità è del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha emanato il 9/12 un decreto di approvazione del Piano Operativo per la presentazione di proposte progettuali da parte degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) o dei comuni (dove gli ATS non partecipano). È stato pubblicato il 15 febbraio l'avviso sui tre investimenti, con scadenza fissata al 31 marzo 2022. Sono state pubblicate le graduatorie in data 9 maggio 2022. L'avviso pubblico è stato riaperto successivamente due volte, il 5 e il 20 ottobre, con scadenze fissate rispettivamente per il 17 ottobre e il 3 novembre, al fine di colmare la sottorappresentazione del numero di progetti

4 https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/download/6097_fa13d15c44978814194189de3bf0c4ee

ammessi rispetto al numero indicato per ciascuna regione. Sono quasi 2.000 i comuni e gli Ambiti Territoriali Sociali coinvolti nell'attuazione degli investimenti PNRR per l'inclusione sociale. Il target europeo per l'investimento 1.1 prevede che entro il 31 marzo 2026 almeno l'85% dei distretti sociali produca almeno uno dei seguenti risultati:

- i) sostegno ai genitori di minori nella fascia di età da 0 a 17 anni, ii) autonomia delle persone anziane, iii) servizi a domicilio per gli anziani o iv) sostegno agli assistenti sociali al fine di prevenire i burn-out. Per quanto riguarda l'investimento 1.2, è stato raggiunto il target europeo che prevedeva entro la fine del 2022 la realizzazione da parte dei distretti sociali di almeno 500 progetti relativi alla ristrutturazione degli spazi domestici e/o alla fornitura di dispositivi ICT alle persone con disabilità, insieme a una formazione sulle competenze digitali. Per lo stesso investimento è previsto che entro il 31 marzo 2026 almeno 5.000 persone con disabilità siano beneficiarie di interventi sugli spazi abitativi. Per quanto concerne la misura 1.3, è previsto entro il 31 marzo 2026 che almeno 25.000 persone in stato di grave deprivazione materiale ricevano assistenza abitativa»⁽⁵⁾.

M5C3 - INTERVENTI SPECIALI PER LA COESIONE TERRITORIALE

«Gli investimenti in gestione ai comuni previsti in questa componente sono sotto la titolarità del Ministro per il Sud e sono gestite dall'Agenzia per la Coesione Territoriale. Entrambi gli investimenti sono stati oggetto di riprogrammazione e sono fuoriusciti dal PNRR con la contestuale individuazione di fonti di finanziamento nazionali.

5 Ib.

Investimento 1.1. - Aree interne: potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità. L'Investimento 1 "Strategia nazionale per le aree interne" è articolato in due sub investimenti, dei quali solo il primo coinvolge i comuni quali soggetti attuatori: 1) Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali della comunità (725 milioni, di cui 225 di progetti in essere); finalità del sub investimento è quella di promuovere soluzioni a problemi di disagio e fragilità sociale, mediante la creazione di nuovi servizi e infrastrutture sociali e/o il miglioramento di quelli esistenti, favorendo l'aumento del numero di destinatari e/o la qualità dell'offerta, anche facilitando il collegamento e l'accessibilità ai territori in cui sono ubicati i servizi stessi, sotto forma di trasferimenti destinati alle autorità locali; 2) Strutture sanitarie di prossimità territoriale (100 milioni) su cui è stato pubblicato un avviso pubblico in scadenza il 30 settembre. In data 30 marzo è stato pubblicato il bando da 500 milioni per le infrastrutture sociali nei comuni delle aree interne, con scadenza fissata per il 16 maggio e prorogata al 15 giugno 2022. Gli interventi ammissibili sono: servizi di assistenza domiciliare per gli anziani e relative infrastrutture; infermiere e ostetriche di comunità e relative infrastrutture; rafforzamento dei piccoli ospedali (quelli senza pronto soccorso, servizi di base - cioè radiologia, cardiologia, ginecologia - o centri ambulatoriali); infrastrutture per l'elisoccorso; rafforzamento dei centri per disabili; centri di consulenza, servizi culturali, servizi sportivi; accoglienza dei migranti e relative infrastrutture. La graduatoria è stata pubblicata in data 16 dicembre 2022, poi rettificata a seguito di accesso agli atti e ricorsi e ripubblicata il 16 marzo 2023. Gli ammessi in graduatoria sono stati 803, 540 sono stati gli enti non ammessi. A seguito della riprogrammazione questo investimento risulta essere interamente rimosso dal PNRR, il finanziamento dei progetti

è garantito a valere su altra fonte finanziaria individuata dal Decreto Legge 19/2024»⁽⁶⁾.

Un'altra fonte di informazione sullo stato di avanzamento delle Missioni PNRR è la "Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" a cura della Corte dei Conti, pubblicata nel maggio 2024⁽⁷⁾. Di seguito il punto sulla Riforma relativa alle persone anziane.

«Una seconda milestone (M5C2-4) costituisce lo step conclusivo degli obblighi assunti con l'Europa per la Riforma relativa alle persone anziane non autosufficienti. Prevede che, entro il primo trimestre 2024, entrino in vigore i decreti legislativi attuativi delle disposizioni previste dalla legge quadro per rafforzare gli interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti e per implementare le diverse misure. In tal senso è stata dapprima approvata la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, che prevedeva l'adozione (artt. 3, 4 e 5) - entro il 31 gennaio del 2024 - dei decreti legislativi attuativi delle disposizioni contenute nella predetta legge quadro: 1) in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità; 2) in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti; 3) in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. Con decreto del Presidente del

6 *Ib.*

7 "Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)" (redatta ai sensi dell'art. 7, comma 7, del decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108) a cura della Corte dei Conti, maggio 2024, pag. 232, <https://www.corteconti.it/Download?id=7c438424-a7db-4a5f-99a0-3e55c2875447>

Consiglio dei ministri del 5 giugno 2023 è stato istituito il CIPA (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana). Il Comitato promuove il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane. Con specifico riferimento alla milestone in scadenza, è stato, infine, adottato il d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, recante “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 18 marzo 2024, n. 65».

L'ANCI, come è normale dato il peso dell'organizzazione e l'attenzione ai comuni associati, è interessata anch'essa a monitorare le misure e i finanziamenti assegnati alle amministrazioni comunali e, in occasione dell'appuntamento del 4-6 luglio 2024 “Missione Italia”, ha pubblicato al riguardo un documento “Il PNRR di Comuni e Città Metropolitane: lo stato di attuazione e il ruolo di ANCI”⁽⁸⁾. Il documento riprende le diverse Missioni con lo stato dell'arte e i finanziamenti rispetto alle misure e ai *target* fissati.

Un aspetto interessante di questo documento sono le azioni messe in campo da ANCI per sostenere i comuni nell'accesso, nelle procedure e nella gestione dei fondi acquisiti sui progetti. In particolare, vengono segnalate le attività di supporto che seguono:

- I webinar ANCI. Oltre cento webinar su tutte le misure PNRR organizzati in autonomia o in collaborazione con le amministrazioni titolari hanno coinvolto migliaia di amministratori locali. Tra questi, si segnala il ciclo di webinar “Chiedilo ad ANCI” che consente ai comuni di porre questioni direttamente alle

amministrazioni titolari e agli esperti ANCI tramite l'attivazione di una mail dedicata (chiediloadanci@anci.it).

- Le segnalazioni. L'attivazione di una mail dedicata per la segnalazione di ritardi e criticità nel rapporto con Ministeri titolari degli investimenti e altre amministrazioni, a seguito delle quali ANCI si è attivata per la soluzione delle criticità più frequentemente segnalate (pnrr.ritardi@anci.it).
- La sezione web. ANCI ha attivato una sezione del suo sito esclusivamente dedicata al PNRR, nella quale vengono costantemente monitorati gli investimenti di competenza dei comuni e viene periodicamente aggiornato un dossier con tutte le scadenze, i decreti e le novità.
- I quaderni. ANCI realizza quaderni operativi sui principali temi di interesse dei comuni. Tra questi rientrano i quaderni su “Le regole ordinarie e straordinarie per le assunzioni” e “Appalti e regole contabili per il PNRR”.
- L'accordo con Invitalia. ANCI ha sottoscritto un accordo con Invitalia a seguito del quale e sulla base dell'attivazione delle amministrazioni titolari viene fornito supporto tecnico e operativo ai comuni e alle città metropolitane tramite lo svolgimento delle funzioni di centrale di committenza.
- L'accordo con il DITD. ANCI ha sottoscritto un accordo con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale per la realizzazione di attività di potenziamento della capacità dei comuni di gestire l'intero ciclo della digitalizzazione locale, inquadrando le risorse PNRR all'interno di un percorso più ampio che punti alla completa semplificazione e digitalizzazione dei processi. La collaborazione con l'ANCI garantisce un costante monitoraggio dell'avanzamento degli interventi, delle *milestone* e dei *target* anche attraverso l'attivazione di una raccolta dati e informazioni sistemica e

⁸ <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Report-ANCI-Missione-Italia-2024.pdf>

aggiornata e l'offerta di servizi di supporto, formazione e informazione esplicitamente tarati sui fabbisogni dei comuni⁹.

Un cambiamento - o, meglio, il consolidamento di un cambiamento in atto da tempo nel quotidiano dei servizi attivato dai comuni - c'è stato con la firma il 19 settembre scorso di un protocollo d'intesa tra Forum Terzo Settore e ANCI¹⁰ per la promozione e l'applicazione sui territori degli strumenti di amministrazione condivisa, previsti dalla riforma del terzo settore, con l'obiettivo di migliorare la qualità della risposta ai bisogni e alle esigenze dei cittadini. Il documento siglato prevede, tra le altre cose, la realizzazione di iniziative di carattere formativo e divulgativo sui temi dell'amministrazione condivisa, diffondendone e promuovendone la cultura, e la nascita di processi collaborativi sui territori con particolare riferimento alle misure di contrasto alla povertà, di rigenerazione urbana, di recupero delle periferie e di valorizzazione delle aree interne.

I comuni sono in prima linea nel contrasto alla povertà e impegnati, tramite i progetti PNRR, in numerose azioni di rigenerazione urbana. Il protocollo si iscrive nel solco della riforma del terzo settore e con l'ANCI ci si impegna a:

a) attivare iniziative, anche di carattere formativo e divulgativo, sui temi dell'amministrazione condivisa e della riforma del terzo settore nel suo complesso, finalizzate a diffondere e consolidare la cultura e l'applicazione degli istituti dell'amministrazione condivisa, anche in relazione alla disciplina vigente in materia di affidamento di contratti pubblici, di servizi pubblici e alla legislazione regionale, per lo svolgimento di attività di interesse generale;

b) stimolare processi collaborativi sui territori, valorizzando e accrescendo la rete tra i comuni e gli enti del terzo settore nell'ambito delle attività di interesse generale di cui all'art. 5 d. lgs. n. 117/2017, anche con riferimento all'attuazione delle misure di contrasto alla povertà, per la rigenerazione urbana, il recupero delle periferie e per la valorizzazione delle aree interne, promuovendo lo scambio e la replicabilità delle buone prassi inerenti modelli di gestione in partenariato di progetti di inclusione e di innovazione sociale;

c) organizzare, nei modi e nei tempi liberamente individuati in accordo tra le parti, iniziative pubbliche congiunte sui temi oggetto della collaborazione definite con la presente Intesa¹¹.

2.3. La Missione 6 per la salute. Cosa sta cambiando

Secondo il monitoraggio dei progetti PNRR effettuato dalla Corte dei Conti a maggio scorso, la situazione delle Componenti della Missione 6 - Salute è quella che segue.

«A seguito della complessiva revisione del PNRR, approvata con Decisione del Consiglio Europeo dell'8 dicembre 2023, il Ministero della salute, in termini di articolazione di maggior dettaglio delle iniziative, risulta titolare di 17 misure (5,5 per cento del totale), di cui 15 investimenti (6,4 per cento del totale di categoria) e 2 riforme (2,8 per cento del totale di categoria). Rispetto al quadro del PNRR precedente alla modifica, il numero di iniziative in titolarità è rimasto invariato. In termini finanziari, alle misure in gestione sono correlate risorse complessive pari a 15,6 miliardi (8,2 per cento del totale)

⁹ *Ibidem*, pag. 4.

¹⁰ <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Protocollo-Forum-Terzo-Settore-Anci.pdf>

¹¹ *Ib.*

rimaste inalterate rispetto al precedente assetto del Piano. Tuttavia, l'articolazione interna delle risorse si è modificata, prevedendo, per alcune misure, un definanziamento e, per altre, un ri-finanziamento. In maggior dettaglio, la misura che ha avuto un definanziamento, in base all'articolo 21 del Regolamento UE 2021/241, per 750 milioni, è la M6C2I1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile"; la riduzione si riferisce alla linea di investimento per progetti in essere ex art. 20 l. n. 67/1988; tali fondi sono destinati al rafforzamento di due misure: M6C1I1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Adi)", per 250 milioni, e alla misura M6C1I1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" per 500 milioni. Per entrambe, il rafforzamento è accompagnato da un innalzamento dell'ambizione, attraverso un incremento dei target»⁽¹²⁾.

¹² "Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)" (redatta ai sensi dell'art. 7, comma 7, del decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108)

Una sintesi efficace sugli effetti prodotti dalla rimodulazione la fornisce la Tabella 4, estratta dal Monitoraggio effettuato dalla Fondazione Gimbe nell'aprile 2024⁽¹³⁾, che raccoglie gli esiti delle diverse rimodulazioni all'interno della Missione 6 come descritto nella Quarta Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del 22 febbraio 2024⁽¹⁴⁾.

a cura della Corte dei Conti, maggio 2024, pagg. 268 e segg., <https://www.corteconti.it/Download?id=7c438424-a-7db-4a5f-99a0-3e55c2875447>

¹³ 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 8 ottobre 2024. Disponibile al link: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto

¹⁴ Il Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR, https://www.affarieuropei.gov.it/media/7411/iv_relazione_al_parlamento_sezi.pdf?timeStamp=1713631541098 e "Quinta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/quinta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pia.html>

Tabella 4. Rimodulazione PNRR Missione Salute: modifiche quantitative

N°	Investimento	Target originale	Nuovo target	Differenza	Note sulle risorse economiche
M6C1-3	Case della Comunità	1.350	1.038	-312	Uso di risorse alternative*
M6C1-7	Centrali Operative Territoriali	600	480	-120	Uso di risorse alternative*
M6C1-11	Ospedali di Comunità	400	307	-93	Uso di risorse alternative*
M6C1-6	Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000	42.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 250 milioni
M6C1-9	Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000	100.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 500 milioni
M6C2-9	Posti terapia intensiva	3.500	2.692	-808	Nessun riferimento a risorse alternative per realizzare i posti letto espunti
	Posti terapia sub-intensiva	4.225**	3.230	-995	
M6C2-10	Interventi antisismici	109	84	-25	Riduzione della dotazione di € 750 milioni Uso di risorse alternative*

*Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati, è previsto l'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse addizionali del Fondo Opere Indifferibili, istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.

**Target originale riportato nella prima versione del PNRR. La rimodulazione riporta, invece, il numero di 4.200.

Fonte: GIMBE, 2024

Come per le altre Missioni, i monitoraggi sui finanziamenti e il raggiungimento dei *target* fissati vengono svolti da diversi soggetti istituzionali e non¹⁵. Ma il soggetto istituzionalmente deputato al monitoraggio della Missione 6 è l'AGENAS - in particolare dell'attuazione del DM 77, riforma del territorio attesa da decenni - e per questo sarebbero previste relazioni semestrali sullo stato dell'arte.

Lo scorso anno ne era stata redatta una sul primo semestre¹⁶ che rappresentava lo stato dell'arte (es. quante COT attivate) e la modalità di avvio (per quante ore/giorni aperte). Quest'anno invece le informazioni sono in piattaforma accessibile agli operatori sanitari previa registrazione. Ciononostante, la relazione relativa al primo semestre del 2024 è stata presentata al Forum Mediterraneo in Sanità di Bari il 19 settembre scorso¹⁷.

In quell'occasione sono state illustrate¹⁸ diverse tabelle. Tra queste, si riportano quelle che sono più direttamente o meno collegate alle relazioni con il territorio, inteso non solo come soggetti istituzionali e di aggregazione, ma anche rispetto allo stato di realizzazione delle diverse strutture e al raggiungimento del *target* per collocazione geografica.

Al di là di comprensibili rallentamenti - dovuti anche all'incertezza determinata dalla rimodu-

lazione annunciata - quello che colpisce di più è l'assenza di strutture attive in diverse regioni, di cui tre nel Mezzogiorno. Per queste regioni può essere un traguardo difficile recuperare perché, rispetto alle regioni dove sono partite le attività, qui è più pesante il fatto di non poter sfruttare una sorta di economia di scala che si crea una volta partite le prime Case di Comunità.

Il commento sulle Case di Comunità (Tabella 5) potrebbe essere lo stesso per gli Ospedali di Comunità (Tabella 6) rispetto all'attivazione, se non fosse che in questo caso sono presenti anche diverse regioni del Nord senza Ospedali di Comunità attivi.

Per quanto riguarda le COT (Tabella 7) sembra andare meglio pure se, anche qui, quasi tutto il Sud non ha ancora queste strutture pienamente attive. Sulle Centrali 116117 attive la situazione sembra quasi ferma ma, probabilmente, molto dipende dall'aver già organizzato il resto delle strutture per consentire al 116117 di poter dare risposte una volta contattato dai cittadini.

La Tabella 8 è forse quella che maggiormente interessa per i risvolti più immediati che ha sul quotidiano di molti cittadini e delle loro famiglie. In questo caso si nota il fatto che ci sono regioni che, pure in assenza di linee di indirizzo sulle cure domiciliari in coerenza con il DM 77 aggiornate, si sono attivate per raggiungere l'obiettivo *target*.

La Tabella 9 è interessante perché fornisce informazioni su cosa si muove sul territorio dal punto di vista delle relazioni e degli accordi. La prevista coincidenza tra Distretto sanitario e Ambito Territoriale Sociale è in corso anche se solo sette regioni hanno già ultimato il percorso. E, ovviamente, dopo aver fatto coincidere le zone geografiche, è necessario lavorare con un linguaggio condiviso per non operare come "separati in casa".

15 Per citarne alcuni, Ministero della Salute, la Camera dei Deputati, la Corte dei Conti, Italia Domani, Openpolis, OpenPNRR, ecc.

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

17 Fortino A. (2024), Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati AGENAS. In: "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR." Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024. Disponibile al link: www.youtube.com/watch?v=-m5oJbdTjKA

18 Ib.

L'operazione relativa alla quantificazione dei bisogni attraverso gruppi omogenei di pazienti, primo passo anche per una stratificazione del rischio degli stessi, è ancora piuttosto indietro se non addirittura assente in alcuni casi.

Va assolutamente meglio in tutte le regioni per quanto riguarda la presenza di un coordinamento aziendale, di una responsabilità per l'integrazione socio-sanitaria, evidentemente già costituite da tempo e, quindi, già attive sulle questioni che si stanno ponendo per l'applicazione del DM 77.

Una nota costante, che riguarda ogni aspetto relativo alle innovazioni previste dal DM 77 sul territorio, è la carenza di personale e il timore che fatto il contenitore non riesca a dare il contenuto. Infine, altro elemento di conforto e fiducia riguarda la partecipazione di associazioni ed enti del terzo settore, soggetti importanti sia ai fini delle collaborazioni sulle prestazioni da erogare, sia come confronto sulle scelte che si devono fare sul territorio riguardo alla modalità, alla collocazione, ecc. delle stesse prestazioni.

Tabella 5. Case della Comunità^(*) dichiarate funzionalmente attive dalle Regioni - anche in fase di avvio, 2024

Regione/PA	Previste	Attive
Piemonte	82	17
Valle D'Aosta	4	0
Lombardia	196	129
Prov. Aut. Bolzano	10	0
Prov. Aut. Trento	10	0
Veneto	95	59
Friuli-Venezia Giulia	23	0
Liguria	32	1
Emilia-Romagna	85	44
Toscana	76	8
Umbria	17	0
Marche	29	3
Lazio	131	0
Abruzzo	40	0
Molise	13	5
Campania	172	0
Puglia	121	0
Basilicata	19	0
Calabria	61	0
Sicilia	155	2
Sardegna	50	0
Italia	1.421	268

*Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, almeno 1.038 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione, <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme#:~:text=Casa%20della%20Comunit%C3%A0%20%2D%20Aperte%20fino,assistenza%20sanitaria%20e%20socio%2Dsanitaria.>

Fonte: Fortino A. (2024), *Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati AGENAS. In: "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR". Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024*

Tabella 6. Ospedali di Comunità^(*) previsti e attivi, 2024

Regioni/PA	Ospedali di Comunità	
	CIS (Contratto Istituzionale di Sviluppo)	
	Previsti	Attivi
Piemonte	27	0
Valle d'Aosta	1	0
Lombardia	63	21
P.A. Bolzano	3	0
P.A. Trento	3	0
Veneto	35	15
Friuli-Venezia Giulia	7	0
Liguria	11	2
Emilia-Romagna	27	4
Toscana	23	0
Umbria	5	0
Marche	9	1
Lazio	35	0
Abruzzo	11	2
Molise	2	2
Campania	48	1
Puglia	38	7
Basilicata	5	0
Calabria	20	0
Sicilia	43	0
Sardegna	13	1
Italia	429	56

* È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Fonte: Fortino A. (2024), Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati AGENAS. In: "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR". Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024

Tabella 7. Centrali Operative Territoriali-COT e Centrali 116117^(*), 2024

Regioni/PA	Sono state emanate le linee di indirizzo regionali sul funzionamento delle COT?	COT attive (in sede originaria o provvisoria)	COT pienamente funzionanti	Centrali 116117 attive	Stato della sperimentazione 116117
Piemonte	Sì	43	27	4	
Valle d'Aosta	Sì	1	1		
Lombardia	Sì	94	85	1	
P.A. Bolzano	NO	5	5		
P.A. Trento	NO	5	0	1	
Veneto	Sì	49	48		In attesa di autorizzazione
Friuli-Venezia Giulia	Sì	12	0		
Liguria	Sì	15	12		Autorizzate, in attesa di attivazione
Emilia-Romagna	Sì	44	44		Autorizzate, in attesa di attivazione
Toscana	Sì	35	35		In corso di attivazione
Umbria	NO	9	9		
Marche	Sì	15	15		
Lazio	Sì	59	45		Autorizzate, in attesa di attivazione
Abruzzo	Sì	13	13		Autorizzate, in attesa di attivazione
Molise	NO	0	0		
Campania	Sì	0	0		
Puglia	NO	0	0		
Basilicata	Sì	0	0		Autorizzate, in attesa di attivazione
Calabria	Sì	2	0		
Sicilia	NO	44	9		
Sardegna	Sì	16	14		Autorizzate, in attesa di attivazione
Italia		461	362		

* COT-Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato - NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale.

Fonte: Fortino A. (2024), Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati AGENAS. In: "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR." Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024

Tabella 8. ADI^(*) e cure palliative^(), 2024**

Regioni/PA	Sono state aggiornate le linee di indirizzo sulle Cure domiciliari in coerenza con il DM 77?	% copertura ultra 65enni al 2023	È stato raggiunto il target 2023 ADI?	È stato adottato il piano di potenziamento delle cure palliative previsto dalla legge di Bilancio 29 dicembre 2022, n.197 all'art. 1 comma 83 per l'anno in corso?
Piemonte	Sì	9,54	Sì	NO
Valle d'Aosta	Sì	6,82	Sì	NO
Lombardia	Sì	7,74	Sì	Sì
P.A. Bolzano	NO	7,72	Sì	Sì
P.A. Trento	NO	11,87	Sì	Sì
Veneto	Sì	10,84	Sì	Sì
Friuli -Venezia Giulia	NO	9,27	Sì	Sì
Liguria	Sì	7,94	Sì	Sì
Emilia-Romagna	NO	10,95	Sì	NO
Toscana	NO	11,90	Sì	Sì
Umbria	NO	11,64	Sì	Sì
Marche	Sì	7,76	Sì	Sì
Lazio	NO	7,24	Sì	Sì
Abruzzo	NO	8,37	Sì	NO
Molise	NO	9,93	Sì	Sì
Campania	NO	5,33	NO	NO
Puglia	NO	8,93	Sì	Sì
Basilicata	Sì	8,48	Sì	Sì
Calabria	Sì	5,37	Sì	NO
Sicilia	Sì	4,41	NO	NO
Sardegna	NO	6,28	NO	Sì

* La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. sono prestati da personale sanitario e socio-sanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

** Rete delle cure Palliative - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Fonte: Fortino A. (2024), *Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati AGENAS. In: "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR". Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024*

Tabella 9. Distretti e integrazione socio-sanitaria, 2024

Regioni/PA	N. Distretti	Coincidenza con ambito territoriale/ sociale	Quantificazione dei bisogni attraverso gruppi omogenei di pazienti	Presenza di un coordinamento aziendale/ responsabilità per l'integrazione socio-sanitaria	Partecipazione di associazioni/enti del terzo settore
Piemonte	33	21	15	33	33
Valle d'Aosta	2	2	0	2	2
Lombardia	86	75	70	86	86
P.A. Bolzano	4	4	4	4	4
P.A. Trento	3	0	0	3	3
Veneto	26	19	26	26	26
Friuli -Venezia Giulia	18	16	0	18	18
Liguria	19	19	16	19	19
Emilia-Romagna	38	38	35	38	38
Toscana	28	28	18	28	28
Umbria	12	12	6	12	12
Marche	13	6	3	13	13
Lazio	46	43	21	46	46
Abruzzo	20	14	0	20	20
Molise	3	0	0	3	3
Campania	73	66	38	73	73
Puglia	45	45	16	45	45
Basilicata	6	6	0	6	6
Calabria	14	3	1	14	14
Sicilia	55	55	16	55	55
Sardegna	24	21	0	24	24
Italia	568	493	285	568	568

Fonte: Fortino A. (2024), Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati AGENAS. In: "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR." Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024

Le Botteghe di Comunità - Salerno

Si fa qui un accenno alla sperimentazione in corso nel Cilento, monitorata da AGENAS, che nasce proprio dall'analisi della realizzazione di quanto previsto - Casa di Comunità - rispetto alle necessità, date alcune condizioni orografiche e demografiche dei comuni interessati.

Il problema si è posto mentre iniziava la realizzazione delle Case di Comunità. Non tutto il territorio della ASL di Salerno si sposava bene con quelle che sono le finalità delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità: queste possono essere applicate in alcune aree del Paese poiché una gran parte ha condizioni orografiche e demografiche particolari.

La provincia di Salerno ha al suo interno tre aree che fanno parte della Strategia Nazionale Aree Interne-SNAI.

Le Botteghe di Comunità in questo contesto riguardano una sperimentazione che coinvolge 29 comuni dei 200 dell'interno. Sono 29 piccoli paesini che vanno dai duemila abitanti, il più grande, ai 210 abitanti di Valle dell'Angelo che dista 80 km circa da Salerno, ma per raggiungerlo si impiegano due ore.

La questione da risolvere era se realizzare una Casa di Comunità con un target di 50.000 abitanti fosse la soluzione più adatta in un territorio dove per raggiungere il target servono 50 comuni. Pertanto, se l'obiettivo fosse stato quello della prossimità rischiava di venire meno.

Si è pensato a qualcosa che portasse i servizi vicino al domicilio del paziente, ma in un concetto un po' diverso dell'assistenza domiciliare, ovvero procedendo verso quella che è l'applicazione del concetto del DM 77 per territori che sono per la maggior parte popolati dagli anziani, quindi una popolazione perlopiù fatta di malati cronici.

Si tratta di una popolazione poco "spendente" perché magari spesso e volentieri non fanno aderenza terapeutica. E per questo si ritrovano più frequentemente in pronto soccorso al momento del verificarsi di una acuzie a causa di una cronicità che è latente e che si manifesta per farmaci assunti con discontinuità.

In un contesto così complicato e complesso si è pensato ad una sperimentazione a cui è stato dato il nome di "Bottega della Comunità". Quindi, si è pensato di customizzare questo servizio in una interazione tra Missione 5, Missione 6 e SNAI, realizzando dei punti di prossimità in sinergia con altri punti di prossimità naturali quali sono le farmacie rurali in queste aree.

Le Botteghe hanno una serie di obiettivi, quali: identificare in maniera precoce un'eventuale fragilità, migliorare la qualità di vita e lo stato di salute, educare i cittadini, sostenere il *caregiver* a fianco dell'anziano fragile ad utilizzare le tecnologie, ecc.

L'obiettivo dell'Azienda Sanitaria locale è quello di realizzare piccoli nodi della rete assistenziale aziendale, flessibili e dotati

delle migliori tecnologie per la telemedicina, inseriti in ognuno dei 29 comuni individuati per la sperimentazione. Ciò ha portato con soddisfazione ad un grande lavoro istituzionale, di squadra, tra la ASL e le amministrazioni comunali, le farmacie rurali, la rete delle cure primarie, i medici di medicina generale e della continuità assistenziale e i Distretti. La Bottega di Comunità è uno spazio messo a disposizione da ognuno dei 29 comuni, che funzionerà da "spoke" multi-specialistico della Casa della Comunità, dell'Ospedale di Comunità e dei Distretti sanitari della zona individuata. Alla tecnologia è poi deputato il ruolo di elemento favorente per la condivisione delle informazioni tra professionisti e per la stratificazione della popolazione, in maniera tale da avere in comune il pregresso e la storia clinica del paziente, per un corretto orientamento all'interno del percorso di assistenza e cura, a favore anche di una migliore aderenza alle terapie e un maggior coinvolgimento attivo della persona nel suo percorso di cura.

Tra i vari aspetti che interessano i servizi sanitari e socio-sanitari, c'è l'avanzare, insieme alla telemedicina - termine a cui tutti sanno dare grossomodo una definizione - dell'Intelligenza Artificiale-IA. Un tema, quello dell'Intelligenza Artificiale, che ha recentemente conquistato l'attenzione dei cittadini e dei media. Molti commenti oscillano tra l'entusiasmo, l'uso go-liardico delle immagini, la fiducia nella sintesi (come ChatGPT) degli studenti e l'inquietudine per le evoluzioni e le conseguenze che si potrebbero generare da un uso improprio e non governato di questo nuovo strumento.

Di seguito qualche punto senza la presunzione di dire tutto quello che c'è da dire sull'IA.

L'intelligenza artificiale è una disciplina recente che negli anni ha fornito un importante contributo al progresso dell'intera informatica. Essa è stata influenzata da numerose discipline, fra le quali la filosofia, la matematica, la psicologia, la cibernetica, le scienze cognitive. L'intelligenza artificiale studia i fondamenti teorici, le metodologie e le tecniche che consentono di progettare sistemi *hardware* e sistemi di programmi *software* atti a fornire all'elaboratore elettronico prestazioni che, a un osservatore comune, sembrerebbero essere di pertinenza esclusiva dell'intelligenza umana.

Suo scopo non è quello di replicare tale intelligenza, obiettivo che per taluni è addirittura non ammissibile, bensì di riprodurre o emularne alcune funzioni. Non vi è alcun motivo che impedisca a priori che talune (ma non tutte) prestazioni dell'intelligenza umana - per esempio la capacità di risolvere problemi mediante processi inferenziali - possano essere fornite anche da una macchina. Nel caso dell'emulazione, le prestazioni intelligenti sono ottenute utilizzando meccanismi propri della macchina, in modo

da fornire prestazioni qualitativamente equivalenti e quantitativamente superiori a quelle umane⁽¹⁹⁾.

Il passaggio importante riguarda il fatto che, al di là dell'entusiasmo dei media (e del mercato), l'IA si basa su un insieme vasto di paradigmi diversi che integrati permettono di affrontare molte situazioni - riducendo i tempi - attraverso una proficua collaborazione uomo-macchina.

Le applicazioni di IA sono oggi in grado di affrontare diversi tipi di operazioni complesse fino ad oggi tipicamente "umane" quali:

- percepire: esistono applicazioni capaci di identificare un suono, di comprendere il linguaggio parlato e di riconoscere oggetti e situazioni in un video. A partire dal 2017, attraverso sfide controllate, si è visto come molti di questi sistemi superano le capacità umane;
- imparare: le applicazioni di IA sono in grado di estrarre regolarità dagli esempi. In questo modo imparano a riconoscere ma anche - in campo medico - a classificare un tumore rispetto a un'altra forma di anomalia esaminando radiografie, ecografie ecc.;
- ragionare: utilizzando metodi di cui ancora si sente parlare poco, le applicazioni di IA esprimono capacità di ragionamento superiori a quelle umane per quanto riguarda la soluzione di problemi, l'ottimizzazione dei processi e delle risorse scarse, il supporto alle decisioni;
- esprimere creatività: esistono applicazioni di IA in grado di realizzare soluzioni innovative, brevetti e opere artistiche in forma musicale, fotografica, audiovisiva, testuale (da articoli giornalistici a composizioni poetiche);
- astrarre: è la parte ad oggi ancora limitata dove, però, la ricerca sta concentrando in-

genti risorse. Infatti, per questo tipo di operazione l'IA deve lavorare su una mole di dati enorme e una quantità di energia non è sempre sostenibili.

Per quanto riguarda la sanità, quelle che seguono sono alcune delle possibili applicazioni in ambito medico-sanitario:

- supporto alla diagnostica. Sostegno ai medici nell'effettuare diagnosi, individuando *pattern* visivi con un livello di precisione molto più alto di quanto potrebbe fare il medico da solo.
- Supporto alle decisioni. Le applicazioni di IA consentono un supporto per il medico non solo nella diagnosi ma anche nell'individuazione delle terapie.
- Realizzazione di nuovi medicinali. L'IA può inoltre aiutare a sviluppare nuovi farmaci: la capacità di simulare interazioni di sostanze tra loro e con l'organismo consente di velocizzare le fasi di ideazione di nuove terapie.
- Individuazione di mix di farmaci per uno specifico paziente. L'IA può supportare la medicina in direzione personalizzata. Esistono applicazioni, ad esempio, in grado di combinare i dati ottenuti da piattaforme di analisi di proteine tumorali e delle loro modificazioni per individuare gli enzimi che producono segni distintivi nelle cellule maligne.
- Integrazione con l'*Internet of Things*⁽²⁰⁾. La realizzazione di strumenti diagnostici a buon mercato, integrabili in *smartphone*, *smartwatch* e altri strumenti dedicati, permetto-

¹⁹ Estratto dalla voce pubblicata sull'*Enciclopedia Treccani*, https://www.treccani.it/enciclopedia/intelligenza-artificiale_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/

²⁰ L'*Internet of Things* (IoT) consente di fondere il mondo fisico e quello virtuale. Offre soluzioni innovative e permette di creare ambienti intelligenti. Le tecnologie dell'*Internet of Things* sono in prima linea nella trasformazione digitale dell'economia mondiale, insieme all'applicazione dell'intelligenza distribuita e artificiale (AI). I dati raccolti dai sensori IoT possono essere monitorati e inviati a un sistema centrale per attivare un'azione, ottenere informazioni o rispondere a un altro oggetto connesso, a centinaia di chilometri di distanza, <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/internet-things-policy>

no di raccogliere dati utili a supportare non solo il medico ma anche il paziente: attraverso il monitoraggio della qualità dell'aria, del livello di rumore ambientale, del battito cardiaco, dell'ossimetria e della pressione sanguigna possono, per esempio, costituire strumenti di prevenzione della malattia.

- Ottimizzazione dei processi e uso delle risorse. Durante la pandemia da Covid 19 sono state sperimentate applicazioni di IA per ottimizzare i turni di medici e infermieri in ospedale nonché di gestire le risorse scarse come mascherine, camici e respiratori. Applicazioni che, usate su vasta scala, possono ottimizzare i processi e diminuire lo stress di medici e pazienti.
- Riduzione dei carichi di lavoro per aspetti burocratici. Gli strumenti di IA possono costituire un supporto per interfacciare i sistemi informativi, per fissare appuntamenti, per redigere questionari e molto altro. Si pensi all'impiego di assistenti virtuali che forniscono risposte automatiche nei *call center*, ma anche ad applicazioni più complesse che attraverso strumenti semantici fanno comunicare sistemi che altrimenti risulterebbero non interoperabili (per esempio, è possibile definire documenti intelligenti capaci di recuperare informazioni già fornite ad altri sistemi, rispettando nel contempo la *privacy* del paziente e permettendo l'integrazione dei dati all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico).

Cosa comporta inserire l'IA nel quotidiano delle attività sanitarie?

Secondo d'Alba, Presidente di Federsanità, «L'intelligenza artificiale è uno strumento che può rendere più accurata l'attività dei professionisti, semplificarla, ridurre il tempo necessario e limitare alcuni aspetti di rischio attraverso una serie di alert, suggerimenti e indicazioni,

avendo ben chiaro che il momento finale, che corrisponde alla comprensione del bisogno e alla qualificazione di un bisogno diagnostico o alla definizione di un piano terapeutico o integrativo, rimane esclusivamente competenza dei professionisti. È necessario però che il mondo dei professionisti non sia reticente all'uso dell'IA. (...) Questi strumenti diventeranno sempre più parte dell'uso quotidiano nell'agire professionale. È una grande sfida per i sistemi, non solo sanitari ma anche formativi: far sì che oggi questi strumenti entrino nella pratica ordinaria, nello zaino delle competenze di base dei professionisti della salute. Dobbiamo creare una categoria di professionisti pronta ad accogliere ciò che verrà. (...) Avremo bisogno - racconta d'Alba - di personale che svolga le stesse mansioni in modo diverso; questi nuovi ausili professionali richiedono un adattamento. Il chirurgo, ad esempio, ha dovuto imparare a operare prima con la laparoscopia e poi con il robot. Ci vorranno nuove competenze nelle aziende, in termini di competenze più verticali sulle tecnologie. Tra l'altro, ci concentriamo molto sulla sfera clinica, ma esiste anche una sfera organizzativa in cui la sostituzione potrebbe essere più significativa. Il nostro sistema è un sistema che ha meno risorse di quelle di cui avrebbe bisogno. Quindi, se l'intelligenza artificiale permetterà, tra virgolette, di risparmiare tempo-uomo, ciò non si tradurrà in un taglio degli organici, ma semplicemente nella focalizzazione delle risorse su altre linee di attività che oggi dobbiamo presidiare»⁽²¹⁾.

Il soggetto deputato a dare forma all'uso dell'AI nella Missione 6 è AGENAS, che ha messo a

²¹ In "IA e sanità digitale: la vera svolta è nei dati clinici", Intervista a F. d'Alba, <https://www.forumpa.it/sanita/ia-e-sanita-digitale-la-vera-svolta-e-nei-dati-clinici/>

punto le linee guida⁽²²⁾ per definire le caratteristiche⁽²³⁾ di cui gli esecutori dovranno tenere conto in fase di realizzazione della piattaforma⁽²⁴⁾ dedicata.

«La piattaforma di IA intende configurarsi come una infrastruttura altamente innovativa per abilitare servizi a supporto dei professionisti sanitari, migliorando la capacità di presa in carico proattiva e lo stato di salute della popolazione e utilizzando processi assistenziali innovativi. Tale approccio consentirà un migliore governo della domanda, anche per finalità di programmazione. Nei processi di assistenza territoriale, l'IA può agire da fattore di facilitazione per la continuità, l'accesso e la personalizzazione delle cure, garantendo maggiore efficacia ed efficienza del sistema sanitario. (...)

L'obiettivo del sub-investimento 1.2.2.4 "Progetto Pilota di Intelligenza Artificiale" è la progettazione, lo sviluppo, installazione, la sperimentazione, la diffusione e conduzione di una piattaforma informatica per l'erogazione di servizi digitali, mirati a supportare, in modo innovativo e attraverso l'utilizzo di tecniche e algoritmi di AI, i medici e i loro assistiti nel contesto dell'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale all'interno delle CdC. La messa in esercizio della piattaforma presuppone, in

primo luogo, l'analisi, la progettazione e lo sviluppo dei moduli *software* che abilitano i servizi digitali, sia lato *back-end* sia lato *front-end*, ma anche l'analisi, la progettazione, l'acquisizione e la gestione della soluzione architettonica di riferimento per l'effettivo *deployment* e l'installazione delle componentistiche *software* e *hardware* necessarie a garantire l'erogazione del servizio. In particolare, il progetto di AI:

1. garantisce la *governance* centralizzata delle tecnologie e dei processi nell'applicazione delle tecniche e degli algoritmi di AI utilizzati dai medici nelle pratiche cliniche e gestionali della professione;
2. definisce un processo di certificazione e validazione degli algoritmi in linea con le nuove norme nazionali ed europee in tema di certificazione dei dispositivi a supporto delle decisioni cliniche;
3. realizza Servizi di supporto ai professionisti sanitari per la presa in carico della popolazione assistita, dalla fase della prevenzione alla gestione della cronicità;
4. realizza Servizi di supporto ai medici nella pratica clinica quotidiana con suggerimenti non vincolanti da parte del sistema di AI;
5. realizza Servizi di supporto agli utenti per l'accesso ai servizi sanitari delle CdC»⁽²⁵⁾.

22 Missione 6 Salute, Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Sub-Investimento 1.2.2.4 Intelligenza Artificiale. Documento descrittivo degli obiettivi e dei requisiti funzionali in https://www.agenas.gov.it/images/agenas/Avvisi_bandi_inviti/gare_in_corso/2022/AI/Documento_descrittivo_degli_obiettivi_e_dei_requisiti_funzionali.pdf

23 Per un quadro d'insieme su telemedicina e IA in sanità, consultare il n. 47 di Monitor dedicato "Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza territoriale" in <https://www.agenas.gov.it/monitor-47>

24 Per un commento sull'iter della piattaforma IA si veda "Piattaforma di intelligenza artificiale di AGENAS: potenzialità, ritardi e prospettive" in <https://www.forumpa.it/pa-digitale/piattaforma-di-intelligenza-artificiale-di-agenas-potenzialita-ritardi-e-prospettive/>

25 AI via il dialogo competitivo per la Piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto dell'assistenza sanitaria primaria, <https://salutedigitale.blog/2022/10/22/al-via-il-dialogo-competitivo-per-la-piattaforma-di-intelligenza-artificiale-a-supporto-dellassistenza-sanitaria-primaria/>

2.4. Qualche considerazione sui cambiamenti in atto

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è giunto a metà del percorso, in realtà più vicino alla conclusione che dalla linea di partenza. Si vedono le città che si trasformano, le grandi opere che - lentamente - procedono, i cantieri un po' ovunque (Roma, poi, si appresta al Giubileo come un immenso cantiere a cielo aperto che restituirà, si spera, una città più bella e vivibile).

Verso il PNRR si concentrano le attenzioni mediatriche in previsione delle *tranche* di pagamento da parte dell'Unione europea.

Poi, tutto sembra tornare nell'ombra, in una sorta di normalità che non rende ragione delle modifiche in corso.

Sulle Missioni 5 e 6 sono concentrate molte aspettative per quanto riguarda - tra gli altri - la possibilità di governare gli effetti di un processo di invecchiamento della società italiana (già annunciato da Istat da decenni ma diventato negli ultimi anni attuale e visibile).

La realizzazione delle strutture previste dal DM 77 (riforma della sanità territoriale finalmente definita grazie alla spinta del PNRR) sembra aver subito un rallentamento le cui motivazioni possono essere diverse: l'incertezza sulle disponibilità finanziarie (rimodulazione); la verifica sul campo della necessità/utilità prevista per quel territorio (Casa di Comunità vs Bottega di Comunità); le carenze di personale, ecc.

In un contesto dove si lavora per la nuova sanità restano (e crescono) i problemi della vecchia (es. liste d'attesa diventate inaccettabili). Certo, che ci sia un fermento riguardo alla realizzazione delle diverse misure del PNRR è innegabile

e si capisce dai recenti dati di Italia Domani aggiornati a luglio 2024 ed analizzati dall'Ufficio Studi e Statistiche Territoriali IFEL (Tabella 10 a pagina successiva).

Una quantità enorme di attività e di investimenti, di soggetti istituzionali, di professionisti che si stanno impegnando per realizzare qualcosa di nuovo.

Eppure, di questo movimento il cittadino comune non ha percezione, perché poco o nulla traspare se non gli impegni finanziari, i *target* raggiunti, ecc.

Anche l'aumento del numero di assistiti in ADI registrato da AGENAS non sembra aver influito sulla percezione del cittadino riguardo ad una disponibilità più ampia e innovativa di servizi sociali e sanitari. Restano più evidenti le liste d'attesa nei vari servizi, il medico di medicina generale che non è più presente in alcune aree del Paese, la necessità di doversi spostare in un'altra regione per curarsi, ecc.

La domanda/riflessione è se sia possibile immaginare una modalità per raccontare, per rappresentare quello che si sta facendo in modo da rendere evidenti progetti in corso o un luogo dove affrontare le complessità del nuovo alla luce delle esigenze degli utenti e dei professionisti.

Migliaia di progetti in corso di cui è nota la "carta d'identità", ma manca una rappresentazione pubblica per gli effetti che avranno sulla vita quotidiana di ognuno. Questo, ovviamente, non cambia nell'immediato il problema delle liste d'attesa e il sentimento di solitudine di molti operatori del socio-sanitario, ma testimonia che "i lavori sono in corso".

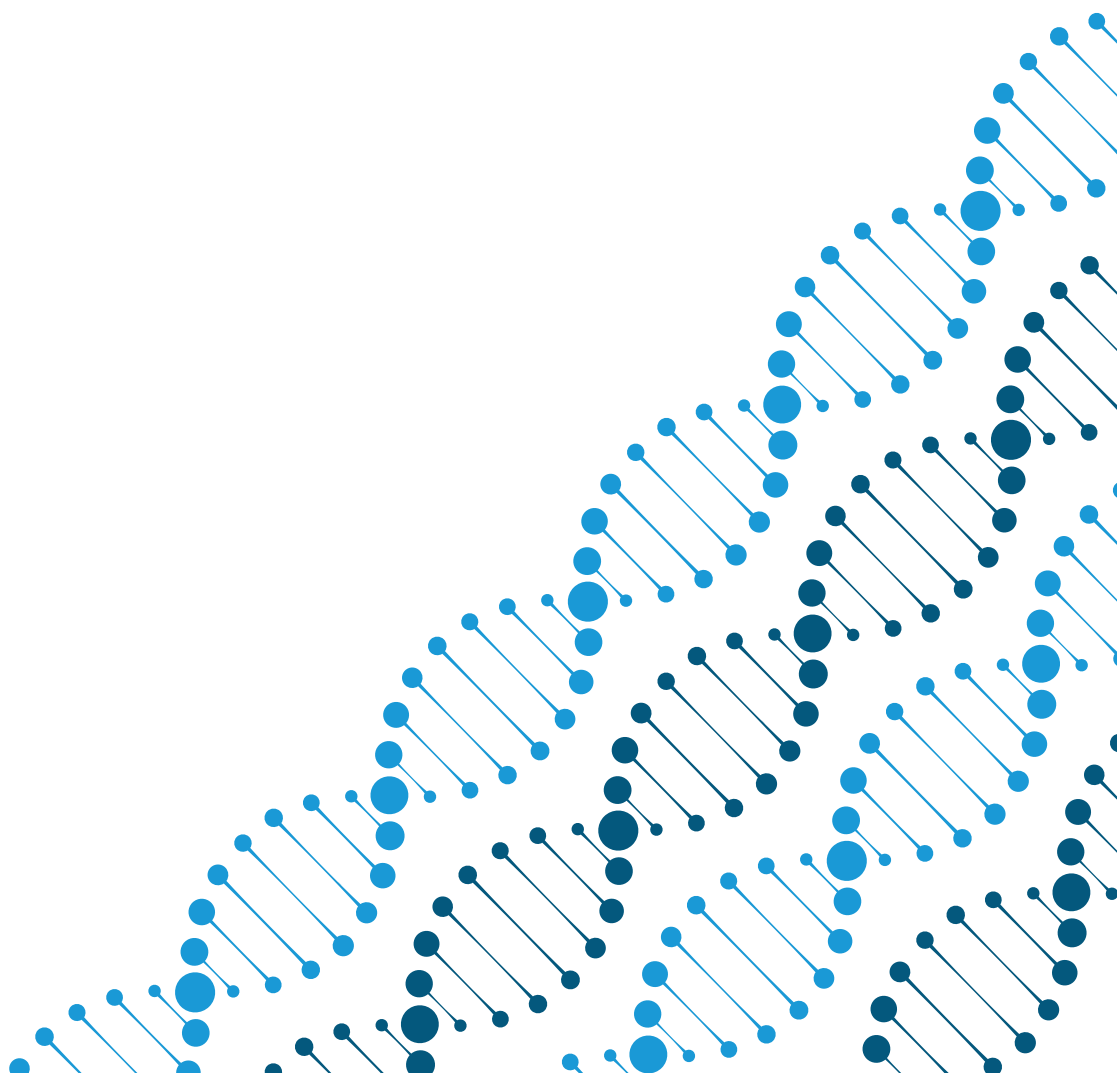
Tabella 10. I progetti e i finanziamenti PNRR, per Missione e Componente, luglio 2024

Missione/Componente	N. progetti		Finanziamento PNRR	
	v.a.	% sul totale	v.a. (euro)	% sul totale
M1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura	76.947	30,0%	21.430.015.160	15,7%
M1C1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA	53.936	21,0%	7.393.416.025	5,4%
M1C2 - Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo	6.741	2,6%	8.568.821.988	6,3%
M1C3 - Turismo e Cultura 4.0	16.270	6,3%	5.467.777.147	4,0%
M2 - Rivoluzione verde e transizione ecologica	80.968	31,5%	39.528.902.656	29,0%
M2C1 - Agricoltura sostenibile ed economia circolare	17.040	6,6%	4.183.078.713	3,1%
M2C2 - Energia rinnovabile, idrogeno, rete e mobilità sostenibile	561	0,2%	13.059.324.110	9,6%
M2C3 - Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici	61.045	23,8%	15.419.124.924	11,3%
M2C4 - Tutela del territorio e della risorsa idrica	2.322	0,9%	6.867.374.909	5,0%
M3 - Infrastrutture per una mobilità sostenibile	271	0,1%	22.559.657.846	16,5%
M3C1 - Investimenti sulla rete ferroviaria	183	0,1%	22.233.510.371	16,3%
M3C2 - Intermodalità e logistica integrata	88	0,03%	326.147.475	0,2%
M4 - Istruzione e ricerca	74.163	28,9%	24.710.695.256	18,1%
M4C1 - Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università	55.797	21,7%	15.061.244.451	11,0%
M4C2 - Dalla ricerca all'impresa	18.366	7,2%	9.649.450.805	7,1%
M5 - Inclusione e coesione	15.444	6,0%	14.466.569.072	10,6%
M5C1 - Politiche per il lavoro	6.299	2,5%	1.975.900.147	1,4%
M5C2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore	7744	3,0%	11.783.894.670	8,6%
M5C3 - Interventi speciali per la coesione territoriale	1.401	0,5%	706.774.256	0,5%
M6 - Salute	8.893	3,5%	13.824.364.125	10,1%
M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	2.716	1,1%	6.753.663.342	4,9%
M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario	6.177	2,4%	7.070.700.783	5,2%
Totale	256.686	100,0%	136.520.204.116	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Italia Domani aggiornati al 25.07.2024

Capitolo 3

Il territorio sta cambiando (?)





3.1. Buoni esempi, complicazioni e soluzioni

Nei processi di cambiamento sono certamente importanti volontà, risorse e strumenti. E la formazione, in una operazione come la costruzione del sistema che governa i servizi socio-sanitari offerti sul territorio - operazione che può essere definita come epocale - è certamente uno strumento indispensabile.

AGENAS ha avviato in questo contesto un percorso di formazione orientato al *middle-management* del SSN che ha prodotto alcuni *project work*.

«Il PNRR rappresenta, attualmente e per i prossimi anni, il riferimento strategico per la programmazione degli interventi formativi nelle amministrazioni, individuando la formazione quale strumento operativo per il potenziamento e lo sviluppo del capitale umano, richiamando l'attenzione sulla necessità di attivare percorsi formativi differenziati per target di riferimento, partendo dall'effettiva rilevazione dei gap di competenze, soprattutto rispetto agli ambiti strategici specifici e professionalizzanti. La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa

e Resilienza (PNRR), nello specifico, è dedicata alla Salute e nasce dall'esigenza di colmare il divario tra le disparità territoriali ed offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari nei diversi setting assistenziali. Il sub-investimento 2.2.c., in particolare, riguarda lo "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" e prevede quale sub-misura l'attivazione e l'erogazione di un corso di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management rivolto a 4.500 manager e middle manager del Servizio Sanitario Nazionale, da completare entro il 30 giugno 2026. Questo investimento, dedicato ai manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSN, prevede l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato»⁽¹⁾.

1 Introduzione di Lorena Martini, Direttore UOC Formazione ECM - AGENAS in Supplemento MONITOR - Corso di formazione manageriale AGENAS: i project work dei discenti sullo sviluppo dell'assistenza territoriale PNRR - M6 C2.2 (c): "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione manageriale"; Corso pilota - I edizione

I *project work* che sono stati messi a punto riguardano:

- Casa della Comunità, nodo della rete assistenziale socio-sanitaria per l'integrazione ospedale territorio: indirizzi di programmazione organizzativa e delle attività.
- La telemedicina per il potenziamento delle cure ematologiche domiciliari.
- Centrale Operativa Territoriale (COT): elemento funzionale e organizzativo di raccordo per la rete territoriale.
- L'infermiere di Famiglia o di Comunità e il modello assistenziale "*Population Health-Management*": sviluppo del modello assistenziale dell'Infermiere di Famiglia o Comunità.
- Rappresentatività e coinvolgimento dei cittadini per il *change management*.

«Requisiti e fattori di successo della formazione manageriale svoltasi sono stati, oltre alla velocità di progettazione ed erogazione, nel rispetto dei tempi previsti dal PNRR per l'attuazione, la qualità dei contenuti e la "certificazione" delle competenze acquisite. Tra i must che hanno connotato l'organizzazione di queste edizioni del corso manageriale PNRR c'è sicuramente il caleidoscopio di professionalità e l'eterogeneità delle estrazioni disciplinari dei partecipanti, quale colta ed esperta rappresentanza del pro-teiforme Sistema Sanitario Nazionale. Questa multiforme "composizione d'aula" accompagnata dalla provenienza dei partecipanti da tutte le regioni d'Italia, ha rappresentato il valore aggiunto del percorso formativo, con una conseguente "contaminazione" trasversale dei saperi e contestuale innovazione degli stessi. Per questa andragogica via, la complessità discipli-

nare e la pluralità di competenze ed esperienze operative dei partecipanti ha riprodotto, in ambito formativo, la postmoderna complessità dei sistemi sanitari; complessità sfidante che può riservare al management la possibilità di cogliere i vantaggi evolutivi ad essa sottesi»⁽²⁾.

Per quanto riguarda gli Ambiti Territoriali Sociali-ATS, il DM 77⁽³⁾ del 2022 ha, finalmente, dato forma al territorio, individuando nuove strutture o rivalutando e riassegnando compiti a presidi già previsti (ma magari non ancora attivati) e, tra questi ultimi, si possono individuare gli ATS che, sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, vengono definiti come segue.

«L'Ambito Territoriale rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

L'Ambito è individuato dalle Regioni, ai sensi della L. 328/2000⁽⁴⁾. In particolare, in base all'articolo 8, comma 3 lettera "a", tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, spetta ad esse la determinazione degli Ambiti Territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Le Regioni esercitano, quindi, la funzione di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, garantendone l'adeguamento alle esigenze delle comunità locali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale»⁽⁵⁾.

2 *Ib.*

3 DM n. 77 del 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

4 <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-11-08;328!vig=>

5 <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/Ambiti-Territoriali-del-SIUSS>

CUP I83C23000640006 Roma - settembre/dicembre 2023, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/formazione-manageriale/Quaderni-Monitor_formazione.pdf

Il Ministero elenca 7.900 Ambiti Territoriali (dati estratti dal registro ambiti in data 29/05/2024). Ma, siccome spesso l'individuazione non sempre coincide con l'avvio delle attività concrete, solo di recente, anche grazie alla spinta dettata dal DM 77 e da nuovi finanziamenti⁽⁶⁾, alcuni di questi ATS hanno avviato le proprie attività.

Pur con un ritardo di 24 anni rispetto all'idea di istituirli nella Legge 328/2000, essi continuano a rappresentare un aspetto importante dei servizi offerti ai cittadini perché si definisce una dimensione organizzativa e una *governance* dei servizi sociali più adeguata alle attuali esigenze. La prevista coincidenza con i territori dei Distretti sanitari li disegna come nuovo punto di riferimento, sul piano programmatico, organizzativo e gestionale, delle funzioni sociali e assistenziali oggi, nella maggior parte dei casi, in capo ai singoli enti locali. In questo modo i comuni si dovranno misurare con questa novità normativa per garantire in forma associata i diritti sociali e le prestazioni essenziali. E se anche già da qualche anno le gestioni associate sono diffuse per l'erogazione di alcune specifiche prestazioni, ora dovrà diventare una modalità comune a tutte le prestazioni sociali.

Inevitabilmente il tema della salute integra il sociale, nelle sue declinazioni di prevenzione, cura ed *empowerment* delle persone e delle comunità, in termini di diritti e opportunità e prevedere una dimensione integrata tra ATS e Distretto favorisce il consolidarsi dei sistemi e linguaggi integrati, potenziando l'offerta dei servizi in un meccanismo di prossimità ormai divenuto urgente proprio per le caratteristiche demografiche del nostro Paese.

⁶ Come i contributi agli Ambiti Territoriali Sociali per l'assunzione di assistenti sociali, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-poverta-ed-esclusione-sociale/focus/decreto-ministeriale-n.-25-del-26-luglio-2024>

Per questo tipo di strutture, come per tutte le altre previste dal DM 77 (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, ecc.) i riferimenti all'integrazione tra servizi è costante. E, come è stato più volte sottolineato, per integrarsi occorre avere un linguaggio o, quantomeno, un alfabeto comune.

Nel Servizio Sanitario Nazionale questo alfabeto è dato, in gran parte, dalla messa a punto dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA mentre nel sociale si attende da anni l'individuazione e la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni fino ad arrivare alla Legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022)⁽⁷⁾ dove si legge che i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) sono realizzati dagli ATS che, a questo fine, costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire i LEPS.

Con la costituzione degli ATS si arriva al completamento della Legge 328/2000⁽⁸⁾ e si definisce il disegno costituzionale finalizzato a bilanciare le due titolarità fondamentali territoriali per garantire la tutela dei diritti delle persone: quella dell'articolo 32 (sulla tutela sanitaria)⁽⁹⁾ e quella dell'art. 38⁽¹⁰⁾ (sulla tutela sociale). La diversa ti-

⁷ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2021;234>

⁸ <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/Ambiti-Territoriali-del-SIUSS>

⁹ "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-i-i-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge.>

¹⁰ Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati

tolarità (regionale e comunale), i diversi criteri di finanziamento e una modalità di azione, nel migliore dei casi, in parallelo, non hanno aiutato a colmare le differenze e a favorire, quantomeno, una visione di complementarità. Ma è chiaro che è divenuto urgente attivare ogni intelligenza affinché l'integrazione tra i due "mondi" possa essere in grado di dare risposte a bisogni sociali più ampi e complessi⁽¹¹⁾.

Molti dei 7.900 ATS elencati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sono attivi e sono tra gli enti che stanno realizzando parte dei progetti finanziati dal PNRR con la Missione 5. Sarebbe auspicabile capire le condizioni che hanno determinato la realizzazione e il funzionamento di questi enti, le forme di collaborazione attivate, gli elementi che ne hanno facilitato e/o ostacolato le attività.

Si può presumere che un elemento importante per la costituzione dell'ATS per le sue attività sia visione comune tra i soggetti aderenti all'Ambito sulle politiche da attivare e, quindi, la possibilità di accedere a finanziamenti in maniera più compatta e completa da un punto di vista degli obiettivi.

mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-iii-rapporti-economici/2850>

11 Vecchiato T. (2024), "Gli Ambiti territoriali sociali: criticità e potenzialità", in Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone XXV (2/2024):45-50 April 2024, https://www.researchgate.net/publication/379855515_Gli_Ambiti_territoriali_sociali_criticita_e_potenzialita

3.2. Il rischio del gioco dell'oca

Le diverse Missioni del PNRR rappresentano certamente una grande occasione per innovare e riadattare il Servizio Sanitario Nazionale all'attuale popolazione del Paese e ai bisogni ad essa collegati, alle fasce di età che oggi, a circa 46 anni dalla creazione del SSN⁽¹²⁾, sono cambiate in maniera importante.

Il gioco dell'oca - con le sue caselle fortunate o meno - si vede in sottofondo nel disegno dell'attuale cambiamento previsto da riforme, progetti, *milestone*, ecc. laddove - come nel gioco dell'oca, appunto - per una serie di situazioni non fortunate, si rischia di dover restare fermi se non di tornare indietro invece di andare avanti e di raggiungere l'obiettivo.

Se le informazioni a disposizione, i monitoraggi sulle attività e sui bisogni, le richieste dei cittadini e quelle dei professionisti, ed altro ancora, entrano nelle caselle previste dal gioco, è possibile andare avanti ma, se l'arrivo in una casella impedisce di proseguire o, peggio, impone un arretramento, si può "restare al palo" per qualche giro, compromettendo il proprio arrivo alla casella finale/obiettivo.

A giudicare da quanto pubblicato sul 7° Rapporto della Fondazione GIMBE⁽¹³⁾, una battuta di arresto del PNRR, per quanto riguarda la realizzazione delle strutture previste dalla Missione 6, sembra esserci stata⁽¹⁴⁾.

12 È particolare che in questo 2024 l'età media in Italia è di 46 anni. Ed è destinata a crescere.

13 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 8 ottobre 2024. Disponibile al link: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto.

14 Diversamente dalla fase di monitoraggio semestrale del giugno 2023, la relazione semestrale al 30 giugno 2024 non è stata pubblicata sul sito di AGENAS, ma è accessibile tramite iscrizione o SPID solo a professionisti del SSN.

La Fondazione GIMBE, che da tempo monitora le risorse impiegate o meno sul SSN e la sua sostenibilità, l'8 ottobre ha presentato il suo 7° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale⁽¹⁵⁾.

All'interno del Rapporto si ricostruiscono, tra gli altri, lo stato di avanzamento e le scadenze relative al 2024 che, come si vede nella Tabella successiva, si concentrano, per quest'anno, sul dicembre 2024.

Per chi ha vissuto l'era dei primi anni '90 quando erano stati avviati cantieri quasi in ogni comune per costruire strutture sanitarie, grazie all'art. 20 della Legge n. 67/88 sull'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico, le tabelle viste finora generano il timore che anche queste strutture rischino di restare cattedrali nel deserto (mai terminate, prive di personale e di risorse tecniche ed economiche)⁽¹⁶⁾.

Un altro motivo di arresto - ma questa volta non legato ad un colpo di sfortuna quanto piuttosto ad una serie di problemi irrisolti - è quello relativo alla gestione della *privacy*, una questione che spesso viene sottoposta sui diversi Tavoli di chi sta lavorando sulla realizzazione delle misure previste dal PNRR e dal DM 77⁽¹⁷⁾.

15 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 8 ottobre 2024. Disponibile al link: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto

16 Si veda, ad esempio, Corte dei Conti (2021), *Relazione sugli "Interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani"*, <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=6a49aa27-33e2-4b2a-a432-97a0094fa3e1>

17 Il 18 ottobre 2024 il Garante per la protezione dei dati personali ha dato parere favorevole su "Parere sullo schema di decreto del Ministero della salute sull'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), ai sensi dell'art. 12, comma 15-quater, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 - 26 settembre 2024 [10062302]". Tuttavia, dal punto di vista pratico, non cambia molto poiché bisognerà attendere il 2026 con il Fascicolo Sanitario Elettronico definitivo, <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/10062302>

Teoricamente si potrebbero avere tutte le informazioni sanitarie su ogni singolo cittadino, il Fascicolo Sanitario Elettronico ha fatto grandi passi avanti e in molte regioni è ormai disponibile ai cittadini. Va detto che però non è ancora chiaro se i medici di medicina generale - sempre di meno, con più pazienti e di questi tanti più anziani - siano in grado di alimentare ogni singolo fascicolo e di renderlo, di fatto, uno strumento indispensabile per la conoscenza del paziente ovunque egli si trovi.

Per intervenire e per programmare, occorrerebbero informazioni sullo stato di salute dei cittadini, sui loro accessi ai servizi sanitari, sul consumo di farmaci, sulle questioni di carattere sociale che incidono sullo stato di salute, ecc. Un immenso patrimonio utile per capire come sono fatti i cittadini, per quali bisogni e necessità - per ora sanitari ma, magari, in prospettiva, anche sociali - è opportuno organizzarsi.

Nel DM 77⁽¹⁸⁾ è prevista la stratificazione della popolazione e le fasce di rischio (Tabella 2).

Va da sé che senza l'acquisizione delle informazioni e la loro organizzazione è praticamente impossibile programmare le risposte ai bisogni del futuro e organizzare una sanità di iniziativa che sappia dove è necessario intervenire.

Una sanità proattiva non può esserci se non si sciogliono i nodi relativi alla *privacy*: avere informazioni sullo stato di salute di una persona

18 Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022), Allegato 1 Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-06-22&atto.codiceRedazionale=22G00085&elenco30giorni=false

e non poterle usare per ricordare farmaci, monitorare particolari situazioni e intervenire sulla stessa, è un problema che va risolto.

Per tornare al gioco dell'oca e alle situazioni di stallo, in questo contesto in cui "*shiftano*" una serie di scadenze e molto appare opaco nella costruzione del tutto e nell'aderenza agli obiettivi descritti nel PNRR, sicuramente ha contato il clima di incertezza dettato dalla prevista rimodulazione dei finanziamenti assegnati (si veda Capitolo 2 del presente Rapporto).

Resta una sensazione, leggendo le indagini, le tabelle, le interviste, sull'attuazione delle Missioni 5 e 6, che questo immenso gigante - fatto di tante strutture, riforme, risorse, ecc. - rischi di poggiare le proprie fondamenta nell'argilla. Forse è solo una sensazione, un timore che, però, bisognerebbe approfondire per essere certi che le diverse azioni sono iscritte in un contesto, in una rete ben collegata agli opportuni flussi di informazioni, dove il cittadino troverà risposte ai suoi bisogni.

Tabella 1. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 1

N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
Riforma 1. Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale							
M6C1-1	M	Entrata in vigore del decreto ministeriale che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria	30/06				
Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona							
M6C1-2	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-3	T	Almeno 1.038 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche					30/06
Investimento 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina							
M6C1-4	M	Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare	30/06				
M6C1-5	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-8	M	Almeno un progetto di telemedicina per Regione (progetti attuati nella singola Regione o nell'ambito dei consorzi tra Regioni)		31/12			
M6C1-7	T	Almeno 480 Centrali Operative Territoriali (COT) pienamente funzionanti			31/12		
M6C1-9	T	Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina				31/12	
M6C1-6	T	Almeno 842.000 nuovi pazienti in più che ricevono assistenza domiciliare					30/06
Investimento 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)							
M6C1-10	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-11	T	Almeno 307 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche					30/06

Fonte: GIMBE, 2024



Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali nel DM 77/2022

BANCHE DATI E MODELLI ORGANIZZATIVI			
Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
II Livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità\fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III Livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziali prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Utilizzo di bassa/media frequenza dei servizi	Azioni coordinate semplici presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV Livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità\fragilità\disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extraospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
V Livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI Livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver in relazione ai bisogni socioassistenziali

Fonte: Decreto 23 maggio 2022, n. 77

3.3. Aree interne. Demografia e cenni su soluzioni di prossimità

Per chi ancora non avesse avuto idea di cosa fossero le aree interne, quest'anno un film, "Un mondo a parte" con Antonio Albanese e Virginia Raffaele, ne ha data una rappresentazione tra il comico e il tragico. Da una parte il punto di vista romantico del nuovo maestro che è appena arrivato da Roma e inneggia al tema della "restanza"⁽¹⁹⁾ dell'antropologo Vito Teti, dall'altra la cruda realtà di paesi che rischiano di morire perché anche la scuola, non avendo più bambini, è destinata a chiudere.

E poiché il film è stato girato effettivamente nel cuore del Parco Nazionale d'Abruzzo, la popolazione, i problemi quotidiani da affrontare, gli imprevisti, sono effettivamente quelli delle aree interne del Paese.

A luglio 2024 l'Istat ha pubblicato un testo su

¹⁹ "Un mondo a parte", film di Riccardo Milani - Clip 3: coi genitori di Duilio: <https://www.youtube.com/watch?v=KYsNJ15RF8Y>

"La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future"⁽²⁰⁾, prendendo come riferimento la classificazione della Strategia Nazionale Aree Interne - SNAI⁽²¹⁾.

Il declino demografico delle aree interne è evidentemente più forte rispetto ai cosiddetti centri (Tabella 3).

La popolazione delle zone intermedie, periferiche e ultraperiferiche passa da oltre 13 milioni e seicentomila abitanti del 2002 ai 13 milioni trecentomila del 2024 con una riduzione percentuale media del -5% (ma con punte del -7,7% nelle aree ultraperiferiche) mentre la media di riduzione della popolazione delle aree centrali è del -1,4%.

In questa selezione di percentuali va comunque considerato che si sta parlando del 22,6% della popolazione italiana: oltre un quinto degli ita-

²⁰ https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/STATISTICA-FOCUS-DEMOGRAFIA-DELLE-AREE-INTERNE_26_07.pdf

²¹ "Le aree interne: di quali territori parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree," https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/01/Nota_metodologica_Aree_interne-2-1.pdf

Tabella 3. Popolazione residente al 1° gennaio per classificazione SNAI (valori assoluti e percentuali), 2002, 2014, 2024

Classificazione dei comuni	Variazione (%)			Popolazione (%) 2024 (a)	Variazione (%)	
	2002	2014	2024 (a)		2002-2014	2014-2024
Polo (A)	19.909.121	20.650.862	20.340.374	34,5	3,7	-1,5
Polo intercomunale (B)	1.531.201	1.603.204	1.571.010	2,7	4,7	-2,0
Cintura (C)	21.931.681	24.072.227	23.753.238	40,3	9,8	-1,3
Centri (A+B+C)	43.372.003	46.326.293	45.664.622	77,4	6,8	-1,4
Intermedio (D)	7.954.228	8.347.324	8.020.876	13,6	4,9	-3,9
Periferico (E)	4.876.568	4.906.429	4.597.309	7,8	0,6	-6,3
Ultraperiferico (F)	790.471	765.871	706.942	1,2	-3,1	-7,7
Aree interne (D+E+F)	13.621.267	14.019.624	13.325.127	22,6	2,9	-5,0
Totale Italia	56.993.270	60.345.917	58.989.749	100,0	5,9	-2,2

(a) Dati provvisori.

Fonte: Istat, 2024

liani che vivono su una superficie che si estende per più di un quarto del territorio nazionale (26,3%, oltre 79mila kmq)⁽²²⁾.

Negli ultimi 20 anni i comuni delle aree interne, che hanno una popolazione più anziana di quella dei centri, hanno sempre registrato tassi di mortalità più elevati. Nel 2023 nelle aree interne si registra un tasso del 12,1 per mille, contro uno del 10,9 per mille nei centri.

Un'altra informazione contenuta nella nota Istat riguarda il fatto che nei comuni periferici ed ultraperiferici i processi di invecchiamento sono più rapidi e intensi. Al 1° gennaio 2024, secondo i dati provvisori, l'età media della popolazione delle aree interne risulta superiore rispetto a quella dei centri (47,0 contro 46,5 mentre per l'Italia nel complesso è 46,6). Nel 2002, l'età media era pressoché uguale tra aree interne e centri (41 anni e mezzo circa).

Le differenze nel livello di invecchiamento tra aree interne e centri sono ancora più evidenti guardando all'indice di vecchiaia, cioè il rapporto tra la popolazione ultra-sessantacinquenne e quella fino a 14 anni di età (Tabella 4). L'indice, che per le aree interne e i centri era, al 1° gennaio 2002, pari rispettivamente a 133% e 131% è, al 1° gennaio 2024, uguale a 214% e 196%.

Se quindi, oltre 20 anni fa, le differenze tra le due categorie di territori erano piuttosto lievi, oggi risultano più significative, per effetto non solo dell'aumento della componente più anziana della popolazione, che caratterizza le aree interne quanto i centri, ma per una più marcata diminuzione di quella giovanile nelle aree interne, causata sia dal calo delle nascite, sia dall'emigrazione dei più giovani, particolarmente intensa in queste ultime. Ancora una volta più fragili appaiono i comuni periferici e ultraperiferici dove, al 1° gennaio 2024, ci sono, per 100 individui al di sotto dei 15 anni, rispettivamente ben 225 e 243 anziani.

La popolazione *over 65enne* è aumentata, tra il 1° gennaio 2002 e il 1° gennaio 2024, di 5,6 punti

22 I comuni ultraperiferici (la categoria più svantaggiata) rappresentano appena l'1,2% della popolazione e il 7,4% del territorio nazionale.

Tabella 4. Popolazione per classe di età e indice di vecchiaia al 1° gennaio, per classificazione SNAI. Anni 2002 e 2024. Valori percentuali

Classificazione dei comuni	2002				2024			
	% 0-14	% 15-64	% 65+	IV	% 0-14	% 15-64	% 65+	IV
Polo (A)	13,0	66,9	20,1	155	11,9	63,2	24,9	210
Polo intercomunale (B)	15,1	67,9	17,0	113	12,4	63,4	24,3	196
Cintura (C)	14,9	68,2	16,9	114	12,6	64,0	23,4	185
Centri (A+B+C)	14,0	67,6	18,4	131	12,3	63,6	24,1	196
Intermedio (D)	14,8	66,0	19,2	130	12,1	63,2	24,7	205
Periferico (E)	14,9	64,9	20,2	136	11,5	62,6	25,9	225
Ultraperiferico (F)	14,7	64,5	20,8	142	11,0	62,2	26,8	243
Aree interne (D+E+F)	14,8	65,6	19,6	133	11,8	63,0	25,2	214
Totale Italia	14,2	67,1	18,7	132	12,2	63,5	24,3	200

IV: indice di vecchiaia.

Fonte: Istat, 2024

percentuali nelle aree interne e di 5,7 punti percentuali nei centri. Al 1° gennaio 2024 la percentuale di anziani rispetto al totale continua però a essere più alta nelle prime (25,2%) rispetto ai secondi (24,1%), per effetto di una diminuzione più forte del resto della popolazione, soprattutto quella giovanile, nelle aree interne rispetto ai centri. La popolazione fino a 14 anni è, infatti, diminuita di 3,0 punti percentuali nelle aree interne e di 1,7 punti nei centri, mentre quella in età attiva, dai 15 ai 64 anni, è scesa di 2,6 punti nelle prime e di 4,0 punti nei secondi. Al 1° gennaio 2024 la popolazione in quest'ultima fascia di età costituisce il 63,0% della popolazione totale nelle aree interne e il 63,6% nei centri, mentre quella più giovane (0-14) rappresenta, rispettivamente, l'11,8% e il 12,3%.

I comuni periferici e ultraperiferici, dal loro canto, mostrano livelli di invecchiamento ancora più elevati. La popolazione con almeno 65 anni costituisce infatti il 25,9% e il 26,8% nei comuni, rispettivamente, periferici e ultraperiferici, mentre la fascia di popolazione al di sotto dei 15 anni è pari all'11,5% e all'11,0% (Tabella 5).

La nota dell'Istat sulla demografia delle aree interne si chiude con un paragrafo inquietante non solo per quello che significa dal punto di vista della popolazione che abita in quelle aree, ma anche per i servizi che si stanno pensando per invertire la tendenza allo spopolamento: «Tra 20 anni l'80% dei comuni delle aree interne sarà in declino».

La quota prevista di comuni in declino demografico per tutto il Paese è pari al 69,9% entro 10 anni e al 74,5% entro 20. Si evidenziano differenze significative, soprattutto nel medio periodo, tra le aree interne e i centri dove il calo demografico riguarderà, rispettivamente, l'82,1% e il 67,3% dei comuni.

Il progressivo declino della popolazione investe tutto il territorio con intensità differenti non solo tra i comuni intermedi, periferici e ultraperiferici e i centri, ma anche con un forte gradiente territoriale tra le ripartizioni del Paese.

Gli scenari a livello locale tratteggiano situazioni molto eterogenee tra le aree interne del Mezzogiorno e quelle del Centro-Nord (Tabella 5).

Tabella 5. Variazione prevista della popolazione e numero di comuni in declino nelle aree interne, per classificazione SNAI e ripartizione territoriale, anni 2023, 2033, 2043, valori percentuali

Classificazione dei comuni	Variazione (%)		Comuni in declino (%)	
	2023-2033	2023-2043	2023-2033	2023-2043
CENTRO-NORD				
Intermedio (D)	-1,0	-3,0	68,0	71,2
Periferico (E)	-2,6	-5,6	73,5	76,9
Ultraperiferico (F)	-1,6	-3,9	69,3	71,2
Aree interne (D+E+F)	-1,5	-3,7	70,1	73,3
MEZZOGIORNO				
Intermedio (D)	-4,8	-11,2	88,0	91,7
Periferico (E)	-6,7	-14,5	90,6	93,7
Ultraperiferico (F)	-8,9	-18,1	92,6	94,3
Aree interne (D+E+F)	-5,8	-13,0	89,8	92,9

Fonte: Istat, 2024

Sulla base delle ipotesi formulate dalle recenti previsioni demografiche, tra 10 anni quasi il 90% dei comuni delle aree interne del Mezzogiorno subirà un calo demografico, con quote che raggiungeranno il 92,6% nei comuni ultraperiferici. Le previsioni del medio periodo, inoltre, danno un quadro ancora in peggioramento, con quote di comuni in declino che, tra 20 anni, raggiungeranno il 93%. La situazione appare nettamente migliore per le aree interne del Centro-Nord, confermando disparità esistenti tra aree che presentano le medesime condizioni di fragilità in termini di accessibilità ma che si trovano in aree geografiche diverse.

Per avere un quadro più ampio - e più desolante - rispetto ai dati demografici forniti dalla nota Istat è necessario caratterizzare gli anziani che sono, di fatto, la popolazione più importante di queste aree.

Se il riferimento sono le Missioni 5 e 6, possono dare informazioni le tabelle che seguono, estratte sempre dalle banche dati Istat, sulle patologie croniche che affliggono la popolazione, la condizione di solitudine e la percezione della lontananza dei servizi essenziali nelle diverse aree del Paese.

Tabella 6. Numero di persone in Italia in buona salute o con malattie croniche, per 100 persone dello stesso territorio, per ripartizione geografica e classe di ampiezza demografica, 2023

Territorio o classe di ampiezza demografica	Persone in buona salute	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche	Persone con malattie croniche in buona salute	Malati cronici affetti da...									
					diabete	ipertensione	bronchite cronica	artrosi, artrite	osteoporosi	malattie del cuore	malattie allergiche	disturbi nervosi	ulcera gastrica o duodenale	
Italia	68,7	40,5	20,8	42,9	6,3	18,9	6,1	14,6	7,7	4,3	10,9	4,7	2,0	
Nord	70,2	40,6	19,8	46,2	5,8	18,4	5,9	13,8	6,7	4,2	10,6	4,3	2,0	
Centro	69,4	40,6	20,2	44,1	5,9	18,3	5,9	14,8	8,0	4,4	10,6	5,0	1,7	
Sud	66,7	39,8	22,0	38,2	7,1	19,7	6,2	15,5	8,3	4,1	11,2	4,9	2,3	
Isole	65,5	41,0	23,8	36,4	7,4	20,8	7,4	16,4	9,6	4,7	11,9	5,2	1,9	
centro area metropolitana	67,4	41,4	22,1	40,7	6,0	19,7	6,4	15,4	8,8	3,8	10,9	5,2	2,2	
periferia area metropolitana	70,9	39,5	19,9	43,0	6,3	18,3	6,5	13,4	6,8	3,7	12,0	3,9	1,7	
fino a 2.000 ab.	66,3	42,2	22,3	40,1	7,4	21,1	6,4	16,3	8,5	5,8	9,1	5,1	2,7	
2.001 - 10.000 ab.	68,1	40,6	21,0	42,5	6,8	19,0	6,3	15,1	7,3	4,6	10,3	5,1	1,8	
10.001 - 50.000 ab.	69,1	39,6	20,1	44,5	5,8	18,3	5,6	14,0	7,9	4,1	11,3	4,6	2,0	
50.001 ab. e più	69,1	41,0	20,7	43,9	6,1	19,1	6,0	15,0	7,3	4,7	10,6	4,3	1,9	

Fonte: Istat, 2024



Tabella 7. Condizione di solitudine in Italia, per ripartizione geografica e classe di ampiezza demografica, 2023

Territorio o classe di ampiezza demografica	Persone sole per sesso e classe di età											
	Per 100 persone sole con le stesse caratteristiche											
	Maschi			Femmine			Maschi e femmine					
	Meno di 45 anni	45-64 anni	65 anni e più	Meno di 45 anni	45-64 anni	65 anni e più	Meno di 45 anni	45-64 anni	65 anni e più	Meno di 45 anni	45-64 anni	65 anni e più
Italia	30,9	39,9	29,2	13,5	25,0	61,6	21,4	31,8	46,9			
Nord	30,0	41,9	28,1	14,1	24,3	61,6	21,4	32,4	46,2			
Centro	32,2	36,4	31,5	14,5	26,7	58,7	22,5	31,1	46,4			
Sud	31,6	39,3	29,2	11,2	25,9	62,9	20,4	32,0	47,6			
Isole	31,7	38,6	29,7	12,3	23,0	64,7	20,7	29,7	49,6			
centro area metropolitana	34,9	36,7	28,5	16,3	26,4	57,3	24,5	30,9	44,5			
periferia area metropolitana	27,7	41,7	30,6	14,3	24,4	61,3	20,2	32,2	47,6			
fino a 2.000 ab.	24,2	39,0	36,8	9,9	20,2	69,8	16,8	29,2	54,0			
2.001 - 10.000 ab.	28,4	43,1	28,6	10,9	23,8	65,3	19,1	32,9	48,0			
10.001 - 50.000 ab.	31,4	39,9	28,7	12,7	24,9	62,3	21,2	31,7	47,1			
50.001 ab. e più	33,6	38,7	27,7	14,5	26,6	58,8	23,0	32,0	45,0			

Fonte: Istat, 2024

Tabella 8. Difficoltà a raggiungere alcuni servizi in Italia, per ripartizione geografica e classe di ampiezza demografica, 2023

Territorio o classe di ampiezza demografica	Famiglie che dichiarano un pò o molta difficoltà a raggiungere alcuni servizi							
	Per 100 famiglie con le stesse caratteristiche							
	Farmacie	Pronto soccorso	Uffici postali	Polizia, carabinieri	Uffici comunali	Negozi alimentari, mercati	Supermercati	
Italia	13,8	50,8	19,9	31,2	31	20,2	24,2	
Nord	11,1	45,8	15,7	28,1	25	20,5	23,9	
Centro	13,8	52,4	20,6	31	39,5	19,4	23,3	
Sud	19,6	59,5	27	37,6	35	21,4	27,2	
Isole	14,2	52,7	23,6	32,4	33,9	18,3	21,3	
centro area metropolitana	8,7	43,8	18,5	30,2	45,6	13,7	13,8	
periferia area metropolitana	12,1	59,6	20	34	26,1	20,6	25,1	
fino a 2.000 ab.	19,8	68,6	19,8	37,8	17,5	37,8	54,9	
2.001 - 10.000 ab.	15,5	56,6	16,9	28,2	18,8	22,9	29,5	
10.001 - 50.000 ab.	14,7	44,9	21,4	26	26,8	18,4	21,2	
50.001 ab. e più	14,6	46	23	39	47,2	19,9	21,4	

Fonte: Istat, 2024

La Tabella relativa alle condizioni di salute della popolazione restituisce informazioni sul fatto che i piccoli centri e per estensione le aree interne, essendo popolate da persone anziane, hanno un problema importante per gestire la salute di queste persone.

Problema che va correlato con la condizione di salute e la distribuzione dei servizi.

La condizione di solitudine degli anziani - tema di cui si discute ultimamente in relazione a tutte le età - pone in ogni area del Paese un numero importante di problemi di natura sociale, economica e di salute e, a maggior ragione, in aree dove la distanza dai servizi più importanti rende più complicata ogni azione della vita quotidiana. Problemi che, in assenza del supporto di un familiare, amplificano in modo non indifferente le problematiche della popolazione anziana.

A proposito dei servizi, la Tabella 9 riporta le dichiarazioni delle famiglie - e tra queste vanno considerate anche quelle composte da singole persone - riguardo alle difficoltà di accesso ad alcuni importanti servizi nelle diverse regioni e tipologie di comuni del Paese. I servizi presi in considerazione sono:

- farmacie;
- pronto soccorso;
- polizia, carabinieri;
- uffici comunali;
- negozi di generi alimentari, mercati;
- supermercati.

La difficoltà a raggiungere il pronto soccorso più vicino aumenta in modo importante nei comuni fino ai 2.000 abitanti dove, l'incertezza da parte delle famiglie sulla possibilità di fruire di questo servizio nei tempi più adeguati possibili, arriva ad una percentuale del 68,6% nel 2023 (in aumento di oltre 3 punti rispetto all'anno precedente).

E tale incertezza sulla difficoltà non è solo frutto di una sensazione ma - prendendo ad esempio l'Ambito del Programma Quadro-APQ dell'Alto Maceratese - è avvalorata dai dati forniti dal Ministero della Salute⁽²³⁾.

Fortunatamente il dato relativo alla presenza delle farmacie è meno preoccupante.

Federfarma pubblica sul sito la distribuzione delle farmacie in Italia (Tabella 9)⁽²⁴⁾.

La densità di farmacie per abitanti in Italia (una ogni 2.938 abitanti) è maggiore rispetto alla media europea (una ogni 3.237 abitanti) a conferma della grande capillarità della farmacia italiana. Con l'apertura delle nuove farmacie a seguito dei concorsi straordinari svolti in tutta Italia, il numero di abitanti serviti da una farmacia è destinato a scendere ulteriormente.

Il problema della pur importante presenza di farmacie sul territorio è che queste diminuiscono molto in relazione alle diverse aree della regione e al numero di abitanti per comune. Infatti, pur considerando che la media di abitanti per farmacia è di 2.938, i numerosi comuni che a stento arrivano a 2.000/2.500 abitanti restano fuori da questa distribuzione o, nella migliore delle ipotesi, si supplisce con i dispensari.

Perché la presenza della farmacia diventa così importante in un'area interna, dove spesso non sono presenti altri servizi dell'azienda sanitaria territoriale?

²³ *Strategia Nazionale delle Aree Interne (SNAI). Open Kit, Regione Marche, realizzato nell'ambito del Progetto "La Strategia Nazionale delle Aree interne e i nuovi assetti" da Formez PA, rilasciato dal Dipartimento per le Politiche di Coesione, Periodo di riferimento: Ottobre 2020. Pubblicazione: Marzo 2023.*

²⁴ <https://www.federfarma.it/Farmacie-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/La-presenza-delle-farmacie-sul-territorio.aspx>

Tabella 9. Rapporto farmacie/abitanti in Italia, per regione (marzo 2024)

Regione	Numero farmacie			Abitanti	Abitanti per farmacia
	Complessive	Private*	Pubbliche**		
Valle d'Aosta	52	45	7	123.130	2.368
Piemonte	1.677	1.568	109	4.251.351	2.535
Liguria	619	598	21	1.507.636	2.436
Lombardia	3.229	2.750	479	9.976.509	3.090
Veneto	1.491	1.377	114	4.849.553	3.253
Bolzano	141	135	6	534.147	3.788
Trento	182	155	27	542.996	2.983
Friuli-Venezia Giulia	421	394	27	1.194.248	2.837
Emilia-Romagna	1.411	1.186	225	4.437.578	3.145
Marche	540	465	75	1.484.298	2.749
Toscana	1.246	1.014	232	3.661.981	2.939
Lazio	1.737	1.568	169	5.720.536	3.293
Umbria	294	235	59	856.407	2.913
Abruzzo	556	527	29	1.272.627	2.289
Molise	169	167	2	290.636	1.720
Campania	1.718	1.652	66	5.609.536	3.265
Puglia	1.286	1.270	16	3.907.683	3.039
Basilicata	226	222	4	537.577	2.379
Calabria	814	812	2	1.846.610	2.269
Sicilia	1.630	1.616	14	4.814.016	2.953
Sardegna	640	634	6	1.578.146	2.466
Totale nazionale	20.079	18.390	1.689	58.997.201	2.938

* Dati Federfarma comprensivi di 541 dispensari stagionali e succursali.

** Dati Assofarm.

Popolazione residente al 31/12/2022 - fonte Istat.

Fonte: Federfarma, 2024

A voler tracciare una brevissima storia delle farmacie si può dire che negli anni queste hanno assunto sempre più la funzione di un luogo di erogazione del farmaco e, su richiesta, di qualche consiglio ai cittadini. E, mentre nelle aree metropolitane queste diventavano dei veri e propri supermarket della salute, della cosmesi e del benessere, nelle aree più remote - con lo

spopolamento e la contrazione dei servizi sanitari - restano a volte unico riferimento aperto quotidianamente per un numero importante di ore.

A fine anni '90, negli USA un approccio più completo al cittadino da parte della figura del farmacista prende il nome di "pharmaceutical care" e anche in Italia molti sono i giovani far-

macisti che, soprattutto nei piccoli centri, danno una svolta ai servizi che possono essere offerti in farmacia⁽²⁵⁾.

Si tratta di un percorso lungo e accidentato che vede una delle corporazioni più importanti e numerose della sanità italiana dibattersi tra il rappresentare un'attività puramente commerciale e l'interesse a far parte del Servizio Sanitario Nazionale come presidio effettivo dello stesso.

Con la Legge 18 giugno 2009, n. 69, si dà delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti e con il Decreto legislativo del 3 ottobre 2009, n. 153, si procede alla "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (09G0162)"⁽²⁶⁾.

Quindi, non più e non solo farmaci, ma sempre più servizi sanitari come i vaccini previsti dal Piano nazionale delle vaccinazioni per gli over 12, oltre a quelli per influenza e Covid già disponibili, ma anche altri tamponi diagnostici salivari e orofaringei; servizi di telemedicina - come un elettrocardiogramma o un *holter* pressorio e cardiaco - e il collegamento con l'azienda sanitaria territoriale con la possibilità di scegliersi il proprio medico di famiglia/pediatra o di prenotare una prestazione sanitaria.

I servizi si moltiplicano e coprono altri aspetti delle cure primarie poiché è possibile per le farmacie avere infermieri in sede che, con l'ausilio di altri operatori socio-sanitari, presso la farmacia possono:

- provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- offrire supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- effettuare medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo;
- svolgere attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di *consulting*, anche personalizzato;
- partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

In questa prospettiva la farmacia diventa uno snodo centrale e pervasivo del SSN sul territorio e consente anche alle aree interne di acquisire, tramite i servizi in farmacia, una serie di prestazioni di prima istanza o collegate e interattive con *hub* sanitari più lontani⁽²⁷⁾.

Pertanto, anche per quanto riguarda l'importanza che queste hanno per le aree interne, come riferisce il "VI Rapporto Annuale sulla Farmacia, 2023" di Cittadinanzattiva⁽²⁸⁾: «Da anni il Rapporto sulla Farmacia stilato da Cittadinanzattiva e Federfarma evidenzia il ruolo della rete delle farmacie nel nostro Paese quale attore fondamentale ed integrante del SSN. La transizione verso la Farmacie dei Servizi segna progressi ma il processo ancora non può ritenersi completato. Ulteriori avanzamenti su questo fronte si potranno ottenere anche considerando e

25 Mezzana D., Di Natale R., Taurelli S. (1997), "Terza indagine nazionale sulla qualità del servizio farmaceutico", 1997, Cerfe.

26 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2009;153>

27 <https://farmaciavirtuale.it/wp-content/uploads/2019/04/04.-Focus-sulle-farmacie-nelle-Aree-Interne.pdf>

28 <https://www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/133-vi-rapporto-annuale-sulla-farmacia-2023/download.html>

dando seguito alle indicazioni emerse nel corso del 2023, tra cui:

- Accelerare la transizione verso un ruolo più completo delle farmacie nella salute pubblica, capitalizzando il crescente interesse alla Farmacia dei Servizi che accomuna ormai la maggioranza delle farmacie, per permettere alle comunità di godere dei benefici derivanti da un ampliamento del ruolo della farmacia, anche grazie ai servizi di Telemedicina. Monitorare l'impegno delle Farmacie rurali sussidiate, destinatarie dei fondi PNRR a loro dedicati, per valutare e rafforzare il loro impatto in termini sociali e sanitari nelle comunità locali e nelle Aree Interne del Paese».

In considerazione dei dati e dei bisogni - relativi al tema della salute e del benessere delle persone anziane - emersi per le aree interne, è possibile avanzare alcune azioni e priorità di intervento fondamentali nella *governance* della prevenzione a partire anche dall'analisi di esperienze che hanno funzionato in contesti simili.

3.3.1. Appunti sugli elementi facilitanti la salute e la prevenzione nelle aree interne

Attesa vs proattività

Le Case e gli Ospedali di Comunità sono determinanti nella nuova visione data dal DM 77 ma la vera e grande rivoluzione per le aree interne riguarda la mobilità dei professionisti, spostare infermieri, medici, ecc. invece che pazienti e *caregiver* è l'unica modalità per garantire servizi costanti nei comuni al di sotto dei 1.000/2.000 abitanti.

Non solo: la proattività è anche il modo più "conveniente" per gestire le patologie croniche, intervenendo subito su eventi che potrebbero determinare complicazioni più pesanti per il paziente e per il SSN.

Flessibilità

Gli strumenti introdotti dal PNRR e dal DM 77, uniti all'intuito dei professionisti della salute e alla capacità mobilitante del terzo settore, forniscono per la prima volta una gamma più ampia di intervento nelle diverse aree del Paese, uscendo dalla visione prevalente e prioritaria del grande ospedale cittadino. Si va costruendo un sistema scalare di possibilità di intervento sul territorio che va dall'Ospedale di Comunità, alla Casa di Comunità fino alla Bottega di Comunità⁽²⁹⁾ e ai Punti salute (nelle Marche)⁽³⁰⁾ nei comuni più piccoli. Un percorso di avvicinamento al paziente, in particolare, e al cittadino in generale.

Prossimità e domiciliarità

La prossimità non è solo un valore ma una modalità di lavoro che trasforma e ottimizza le informazioni acquisite sull'ambiente più vicino al paziente come dati utili ad una migliore programmazione. Attraverso gli interventi a domicilio, poi, si aggiunge una parte di conoscenza che non avrebbe modo, altrimenti, di entrare nei flussi informativi già codificati. Le informazioni legate all'ambiente di vita e al domicilio spesso non sono acquisibili in ospedale o in ambulatorio pur essendo in molti casi un elemento importante nel disegno della cura.

Senza contare che una conoscenza più "vicina" al paziente può contribuire nell'allargare le possibilità di intervento sullo stesso in termini di soggetti da attivare: volontariato, vicinato, gruppi di cammino, parchi attrezzati, palestre, ecc.

29 *Urbes, La Bottega di Comunità nel Cilento interno, Colavita F. e Bonacci T. in Urbes, Marzo 2024, https://issuu.com/raffaelecreativagroupcom/docs/urbes_marzo_2024*

30 <https://www.regione.marche.it/News-ed-Eventi/Post/101894/La-sanit%C3%A0-pi%C3%B9-vicina-ai-cittadini-ecco-il-Punto-Salute-Inrca-di-Osimo>

Capillarità e tecnologia

Gli spostamenti a domicilio moltiplicano gli effetti per quanto riguarda l'acquisizione di informazioni sui pazienti, sui loro *caregiver* e sul vicinato. Per questo è necessaria una connessione costante e informatizzata ad un "cervello centrale" (COT) anche per consentire un monitoraggio a distanza delle situazioni e l'acquisizione di note specifiche per una stratificazione della popolazione per livello di rischio e, in prospettiva, per una condivisione delle stesse informazioni con gli Ambiti Territoriali Sociali dei comuni.

Vanno pensate le tecnologie nello "zainetto" dei professionisti e collegate con le strutture *Hub* e *Spoke* a seconda della gravità del caso poiché non sempre l'emergenza nelle aree interne è gestibile tramite elisoccorso e spesso è più opportuno formare e dotare personale di tecnologie capaci di trasmettere e ricevere informazioni utili in specifiche situazioni⁽³¹⁾.

Network/Hub e Spoke

L'incremento di presidi sanitari sul territorio deve avere come fondamento la capacità di gestire e fare *network*. E non solo da un punto di vista tecnologico. Una Rete è tenuta insieme da nodi che tengono viva/accessa la rete stessa se sono in grado di trasmettere impulsi/informazioni. Tutto questo, tradotto in organizzazione, vuole dire che, ad esempio, una Centrale Operativa Territoriale (COT) deve essere in grado di interagire significativamente con una serie di soggetti diversi per raccogliere e inviare informazioni e soluzioni. Un flusso complesso che deve essere connesso ad ogni livello/nodo della rete e che impone la presenza di operatori competenti e in grado di interagire con linguaggi diversi tecnici e istituzionali (come sono diverse le esigenze dei cittadini).

31 V. l'esperienza di tele-emergency in Garfagnana: <https://www.proximitycare.it/tele-emergency/>

Prevenzione e cura vs prestazioni

La domiciliarità ha un peso enorme anche da un punto di vista della prevenzione e dell'*empowerment* del paziente. Ampliare gli accessi a domicilio significa anche procedere verso un approccio che mette in secondo piano la singola prestazione in quanto tale (es. il DRG ospedaliero) a favore di una visione più completa dello stato di salute del cittadino. I professionisti che accedono al domicilio hanno la possibilità di intervenire sull'intero nucleo familiare a diversi livelli e sul paziente con consigli specifici. E questo significa, soprattutto per i pazienti cronici, monitorare al meglio la condizione, individuare subito i cosiddetti eventi sentinella e ridurre gli accessi al pronto soccorso.

Prevenzione e salute del territorio

La manutenzione dello stato di salute durante tutto l'arco della vita è diventato un tema di cruciale importanza considerati i numeri delle patologie croniche che, nella maggior parte dei casi, arrivano in età avanzata. Patologie che spesso gettano le loro cattive basi in età più giovane.

In questo percorso, prima dell'intervento della sanità, come sistema organizzativo della cura delle malattie, deve entrare in maniera importante tutto il sistema che ruota attorno alla salute. Un sistema che è fatto dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL ma anche - e forse soprattutto - dai comuni che devono garantire condizioni di vivibilità e di benessere del vivere quotidiano. Quella che oggi chiamiamo *One Health* è in larga parte nelle mani degli enti locali, delle organizzazioni non *profit*, di diverse realtà che contribuiscono a creare un clima di attenzione alla propria salute e alle condizioni che determinano la presenza di un benessere diffuso. Pertanto, se immunizzazione, *screening* e corretto utilizzo dei farmaci sono a gestione sanitaria, la diffusione della consapevolezza tra i cittadini può essere, ed è spesso, nelle mani di soggetti

non sanitari in senso stretto. La stessa cosa per quanto accade sul fumo, sulla corretta alimentazione, sulla necessità di fare movimento, ecc. Il tasso di salute di una popolazione è, di fatto, direttamente proporzionale al tasso di coinvolgimento delle diverse presenze attive della società.

Professioni in evoluzione con la popolazione

I mutamenti demografici e organizzativi impongono un cambiamento anche nella formazione e il reperimento dei professionisti.

Per quanto riguarda la selezione dei professionisti, è importante sottolineare che va capovolta una consolidata abitudine di inviare sul territorio gli operatori ormai prossimi al pensionamento. Al contrario, uno dei criteri perché queste figure diventino protagoniste è proprio un'età più giovane che consenta di formarsi sul campo, di costruire percorsi di carriera e di muoversi più agevolmente in situazioni geografiche più disagiate di quelle ospedaliere consolidate.

Occorre poi sottolineare che il sistema di formazione dei professionisti sanitari si arricchisce di elementi e competenze nuovi propri della mobilità, dell'uso di strumentazioni diagnostiche fuori dall'ambito ospedaliero, del diverso rapporto con il paziente e con i suoi *caregiver*.

Infine, in un'ottica non più rinviabile di integrazione dei servizi sanitari e sociali, le attività di prossimità e quelle a domicilio specialmente sono elementi facilitanti rispetto alla necessità di coinvolgimento e collaborazione tra i diversi servizi e rendono effettiva la presa in carico a 360 gradi del paziente complesso. Ma, per attivare questo, sono necessari accordi e protocolli tra Distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali che consentano anche lo scambio di professionisti nelle *équipe* a seconda delle specifiche necessità.

Farmacie presidi diffusi

Le farmacie negli ultimi decenni si sono evolute sia nel marketing sia nei servizi offerti alla popo-

lazione. La legge che definisce la "farmacia dei servizi" consente ai professionisti di eseguire una serie di prestazioni che decenni addietro erano vietate e contrastate da altre professionalità. Al momento sono il presidio sanitario più diffuso e, grazie al PNRR, è prevista una espansione e adeguamento anche delle farmacie rurali.

Il coinvolgimento costante delle farmacie nelle campagne di comunicazione sulla prevenzione e nel monitoraggio della salute della popolazione può rappresentare un ulteriore tassello nell'aumentare le condizioni di sicurezza della popolazione che vive nelle aree interne.

Visibilità dell'ospedale vs trasparenza del territorio

Con tutti gli strumenti in campo - normativi e organizzativi - il territorio può prendere forma e uscire dalla sua condizione di "trasparenza" rispetto ad un evidente e sempre segnalato ospedale. Ma perché questo accada è necessario che l'offerta di servizi sia costante, che la presenza sia una presenza effettiva nei giorni e negli orari e l'informazione pervasiva. Servizi con giorni e orari saltuari non possono competere con la visibilità di un ospedale riconoscibile e aperto h24.

Solo una presenza proattiva, fatta di azioni visibili e costanti, può modificare il consolidato orientamento dei cittadini verso l'ospedale sempre e comunque.

Aree interne laboratorio per le aree metropolitane

Un'ultima considerazione riguarda un punto in comune tra aree interne e aree urbane. Infatti, nonostante le evidenti diversità, le esperienze avviate nelle aree interne per la loro complessità possono fornire informazioni valide per il tema della prossimità anche nelle aree urbane. Le aree interne possono rappresentare una sorta di enorme e diversificato laboratorio dove

mettere a punto modelli organizzativi per strutture più congeniali alle dimensioni dei comuni e per gestire pazienti cronici a casa propria in condizioni di difficoltà dettate anche dalle condizioni orografiche e viarie.

E, a tale proposito, vanno considerate alcune condizioni di disagio proprie dei grandi centri urbani dove, pur avendo mezzi e sistema viario, cionondimeno si subisce una dilatazione delle tempistiche di intervento a causa del traffico oppure si soffre per l'uso improprio e pesante del pronto soccorso della città.

E, ancora, per quanto riguarda la presenza di anziani soli, va considerata la difficoltà di contatto di queste persone pur in una condizione di densità di popolazione non paragonabile a quella delle aree interne. Densità che non impedisce a molti anziani "cittadini" di vivere comunque isolati, con tutto quello che comporta dal punto di vista anche del declino cognitivo. In conclusione, un possibile scambio di informazioni e strumenti potrebbe essere anche un modo per avvicinare le aree interne alla discussione dei temi sulla salute provando ad abbandonare una visione isolata e periferica delle stesse anche da un punto di vista delle capacità di innovazione organizzativa.

3.4. Non autosufficienza. Legge e ricadute sulla società

A marzo del 2023 - sulla spinta delle riforme richieste dal PNRR - è finalmente stata definita la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (Legge 23 marzo 2023, n. 33, "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane")⁽³²⁾ che prevede ulteriori

³² Legge 23 marzo 2023, n. 33, "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023;33>

17 decreti attuativi e l'approvazione futura di 5 Linee guida.

Un primo passo per un problema enorme in un Paese che invecchia con numeri sempre più alti che non consentono più improvvisazione e mancanza di coordinamento sulle politiche da attivare.

Dei decreti attuativi previsti ancora non c'è traccia e si può dire che nonostante il *target* così ampio, la questione non attira grande attenzione da parte dei mezzi di comunicazione.

Eppure, il salto c'è stato perché si è passati dalla frammentazione di interventi - soprattutto al livello comunale - ad un punto di vista più specifico del *welfare* (come lo sono la disabilità, le pensioni, la povertà, ecc.). Forse l'unica area che ha avuto un'attenzione più specifica è stata quella della non autosufficienza, probabilmente perché è più "facilmente" identificabile, con confini definiti e, quindi, risorse dedicate. In sostanza, anche se la riflessione non si è conclusa, con il Sistema Nazionale di Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti (SNAA) sono state comunque gettate le fondamenta.

«Il sistema dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti prevede l'intervento di diversi soggetti e, pertanto, ha bisogno di una forte integrazione fra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali e poi anche una integrazione orizzontale fra il sociale, la sanità e l'INPS per essere efficace. Oggi le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps non sono adeguatamente coordinate. La Legge delega prevede la costruzione di un sistema integrato. Nel Decreto attuativo, il Sistema nazionale per l'assistenza degli anziani non autosufficienti (SNAA) previsto dalla Legge 33/2023 è preposto proprio a questo compi-

to non svolge adeguatamente questo compito di integrazione. La programmazione coinvolge formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali. Infatti, per fare un esempio, il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti viene elaborato all'interno del Ministero del *Welfare* ed è parte integrante del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Occorre superare queste criticità per promuovere l'integrazione del sistema (SNAA) coinvolgendo in modo pieno e paritario il Ministero della sanità altrimenti il sistema non funzionerà mai»⁽³³⁾.

Con il Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane", in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della Legge 23 marzo 2023, n. 33⁽³⁴⁾, si affrontano alcune questioni (come la revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano, con la semplificazione di strumenti e di processi e la previsione di una Valutazione Multidimensionale Unificata-VMU a livello nazionale) e sembra che si rinunci ad altre (come la mancata applicazione dello SNAA che significa rinunciare a costruire un sistema unitario della non autosufficienza).

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, gli obiettivi della Legge delega erano due: integrazione socio-sanitaria e l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, il che comporta essenzialmente un'assistenza domiciliare con una durata ed

una intensità (numero di ore settimanali) legate ai bisogni degli anziani. Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione socio-sanitaria ma non ci sono contenuti nuovi. C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD (assistenza domiciliare dei comuni). Per il resto, di "durata ed intensità adeguate" non se ne parla, anche se era un principio contenuto nella Legge delega (art. 4, c. 2, lett. n). E, in questo ultimo caso, non si parla di un rinvio, come se si volesse tornare indietro rispetto ad una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'assistenza residenziale e semiresidenziale erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati e più spazi per la vita di relazione). Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

Tra le possibili motivazioni che rallentano la costruzione e l'avvio della riforma ci può essere l'assenza di risorse adeguate a sostenere il processo. Ma la riflessione da farsi è se al momento una mancata organizzazione dell'esistente non costi molto di più, non solo alle tasche delle famiglie, ma anche alle casse dello Stato.

È quindi necessario che, dopo lo sforzo fatto di aver delineato una riforma, ci si confronti con gli aspetti concreti della vita quotidiana per dare risposte e servizi. Un impegno che riguarda uno spazio della vita che, come ricorda spesso monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, fino a qualche

33 <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2024/02/riforma-non-autosufficienza-tradimenti-e-rinvii/>

34 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/03/18/24G00050/SG>

Tabella 10. Utenti anziani (65 anni e più) di alcuni servizi dei comuni volti alla socialità, 2018-2021

Servizio o intervento	2018	2019	2020	2021
interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	15.100	13.813	13.164	12.577
altre attività di integrazione sociale	47.299	39.397	16.736	21.255
assistenza domiciliare socio-assistenziale	128.285	129.830	133.817	129.735
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	57.685	62.911	63.917	83.805
telesoccorso e teleassistenza	25.842	24.899	22.925	19.465
servizi di prossimità (buonvicinato)	12.963	12.427	13.119	11.750
altri interventi di assistenza domiciliare	29.404	30.276	15.205	13.314
mensa	5.205	6.142	4.367	5.450
trasporto sociale	103.480	71.138	62.144	67.189
centri diurni	44.143	44.483	36.873	25.167
centri di aggregazione / sociali	237.400	238.551	129.285	178.294
altri centri e strutture a ciclo diurno	9.483	10.971	3.725	5.311
centri estivi o invernali (con pernottamento)	5.787	4.798	2.497	3.712

Fonte: Istat, anni vari

decennio fa non c'era, non era così importante e restava confinato nell'ambito familiare⁽³⁵⁾.

Quello che preoccupa nella Tabella 10⁽³⁶⁾ è che se il problema più importante - per peso demografico - riguarda l'area degli anziani, il confronto dal 2018 al 2021 mostra un approccio assolutamente in controtendenza rispetto agli utenti di alcuni servizi offerti dai comuni che risultano quasi tutti molto ridotti quando non dimezzati. Fanno eccezione l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (forse quale effetto del PNRR e dei fondi erogati).

Le voci dei servizi elencati sopra mostrano come

³⁵ Fino agli anni '60/70 portare un genitore in casa di riposo era motivo di critica sociale.

³⁶ Estrazione di alcune voci da Istat, "Interventi e servizi sociali dei comuni", http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SPESESERSOC1#

sia comprensibile che per il 2020 molti servizi legati alla socialità - elemento determinate anche per la salute fisica e psichica della persona anziana - hanno avuto motivo di riduzione a causa delle restrizioni per il Covid, mentre per gli anni precedenti e per il 2021 si conferma la tendenza legata alla contrazione di servizi come i centri estivi (fondamentali per le ondate di calore), i centri diurni, le attività ricreative, sociali, culturali, il servizio di trasporto, ecc. Un insieme di attività che per le persone anziane - che, secondo dati Istat⁽³⁷⁾, per oltre il 40% vivono sole - rappresentano un elemento fondamentale della loro esistenza e spesso sono un forte elemento di rallentamento verso la non autosufficienza.

Una visione completa che riguardi questo tempo in più nella vita - che prima era privilegio di pochi

³⁷ Istat, "Aspetti della vita quotidiana - Famiglie: Persone sole - sesso, età, stato in civile", <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=17768>

- va considerata perché non si tratta di una fascia residuale della popolazione, perché gli anziani sono cambiati, hanno soggettività, presenza culturale nella società e sono diversi da quelli che nel 1977 (47 anni fa!) Domenico Modugno cantava ne "Il vecchietto dove lo metto". Una musica ritmata, in contrasto con un testo non solo triste ma per certi versi addirittura profetico.

3.5. L'Alzheimer e le patologie degenerative

Le demenze⁽³⁸⁾, come quella di Alzheimer, comprendono un insieme di patologie che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari, sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiederebbero una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Il progressivo invecchiamento della popolazione fa ritenere queste patologie un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica.

Si tratta di patologie non guaribili che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite anche perché globale e progressivo è il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari. Peraltro, poiché i farmaci utilizzati nel trattamento delle demenze hanno un valore terapeutico limitato, risulta evidente la necessità di una forte progettualità relativamente ad altri approcci terapeutici non farmacologici e agli aspetti assistenziali dei malati e dei loro familiari.

Il 20 settembre scorso il Censis ha presentato il 4° Rapporto CENSIS-AIMA (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer) dal titolo "L'impatto

economico e sociale della malattia di Alzheimer dopo la pandemia da Covid-19"⁽³⁹⁾.

Si tratta di una indagine che restituisce - ancora a 25 anni dalla prima realizzata dal CENSIS - un quadro di solitudine e abbandono: «Un *caregiver* su cinque riferisce di non ricevere alcun aiuto, il 41,1% delle famiglie ricorre alla badante con un costo che rappresenta il 75% dei costi diretti ed è totalmente a carico delle famiglie (+15% rispetto al 2015), mentre arriva a 72.000 euro il costo medio annuo per paziente. Il 90,1% di chi ha un disturbo cognitivo lieve (Mci) afferma che è la paura di peggiorare a dominare la propria esistenza e per l'88,2% sono i farmaci l'aspettativa più importante per affrontare il futuro».

I pazienti sono tendenzialmente più giovani e di più recente diagnosi, un'ampia quota dei quali sono persone occupate che hanno sperimentato ripercussioni sul lavoro. Stessa situazione per i *caregiver*, che sono in prevalenza tra i 46 ed i 60 anni e nel 55,3% dei casi lavorano.

Il genere femminile connota la malattia, sia con il 62,2% di pazienti, sia con oltre il 70% di *caregiver* donne.

A proposito della solitudine del *caregiver*, su questo influisce la riduzione del ruolo dei badanti e dei servizi d'assistenza. Se è vero che di fatto la famiglia è sempre stata il soggetto centrale dell'assistenza per i malati di Alzheimer, ora il *caregiver* può contare su un minore supporto da parte degli altri membri della famiglia e anche della badante. È sul *caregiver* che si concentra

38 Tra le malattie degenerative più note e diffuse, oltre alla malattia di Alzheimer, si possono ricordare la malattia di Parkinson, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e le altre malattie del motoneurone, la Sclerosi multipla, ecc.

39 CENSIS-AIMA (2024), "L'impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer dopo la pandemia da Covid-19. Sintesi dei principali risultati", <https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Sintesi%20rapporto%20finale%20Alzheimer%202024%20%28002%29.pdf>

no la maggior parte degli oneri assistenziali, con importanti conseguenze sulla sua condizione individuale: il 68,3% dei *caregiver* afferma di sentirsi solo, ma l'84,9% ritiene di essere utile pur in una situazione di grande difficoltà.

Come per altre patologie degenerative, anche per l'Alzheimer è tutta la famiglia ad essere condizionata dalla malattia del proprio congiunto e questo genera inevitabilmente tensioni tra i familiari.

Il ricorso alla badante coinvolge il 41,1% delle famiglie, in linea con le precedenti rilevazioni, ma si inverte la proporzione tra badanti conviventi e badanti non conviventi, con una quota prevalente di non conviventi. Condizione che porta ad accrescere il peso sul *caregiver*.

Minoritaria la quota di intervistati che forniscono un giudizio positivo sull'attuale situazione dell'assistenza pubblica al proprio familiare (36,2%). Nella percezione della maggioranza relativa dei *caregiver* (42,3%), negli ultimi anni e, in particolare, dopo la pandemia, non si è riscontrata nessuna variazione significativa nell'offerta di servizi per le persone con Alzheimer e anzi per un 29,8% la situazione è sostanzialmente peggiorata.

Poco appare mutato rispetto alla condizione di chi convive con l'Alzheimer e a quel modello assistenziale di fatto basato su un'ampia delega alle famiglie. Lo conferma anche la nuova stima dei costi economici e sociali della malattia, che mostra un aumento complessivo del costo medio annuo per paziente, che ha raggiunto i 72.000 euro, con un incremento in termini reali del 15% rispetto al 2015 della quota di costi diretti a carico delle famiglie.

A proposito dei servizi, anche in questo caso si rileva il divario tra Nord e Sud nel ricorso ai

servizi sanitari con più della metà dei pazienti (il 53,3% sul totale e quasi il 60% al Sud) che non ha mai effettuato una visita presso un Cdcd (Centro per i disturbi cognitivi e le demenze) e solo il 37,7% dei pazienti è seguito da un Cdcd (era il 56,6% ad essere seguito da un centro Uva-Unità Valutativa Alzheimer nel 2015 e il 66,8% del 2006). Si registra un divario anche tra i pazienti presi in carico dal Cdcd: sono il 48,2% tra coloro che risiedono al Nord, contro un terzo circa di quelli che vivono al Centro ed al Sud.

Negli anni i tempi per diagnosticare la malattia sono variati di poco, ma risultano ancora aumentati, passando da una media di 1,8 anni nel 2015 a 2 anni nel 2023.

L'indagine CENSIS mette in evidenza un rapporto con i servizi assistenziali praticamente inesistente ed un supporto psicologico fornito dal Servizio Sanitario Nazionale largamente insufficiente per molti tra gli intervistati. Eppure, il 68,5% denuncia la presenza di difficoltà nella propria quotidianità, quasi 2 pazienti su 3 indicano di aver bisogno di una qualche forma di sostegno, ancora garantita dalla famiglia. Risulta più positiva la valutazione nei confronti dei servizi sanitari che attualmente seguono gli intervistati, dal momento che il 51,2% dei pazienti li giudica molto o abbastanza soddisfacenti.

Per capire quanto questa patologia coinvolga non solo i pazienti ma l'intero nucleo familiare, sono importanti le parole della Presidente di Aima, Patrizia Spadin: «È grande l'amarezza nel constatare che la condizione delle famiglie colpite dalla malattia di Alzheimer continua ad essere drammatica. Ancora una volta il Paese si è arenato sui "pannicelli caldi". Politica e istituzioni non riescono a intervenire adeguatamente nonostante gli incessanti appelli che Aima, in 40 anni di pressante attività, ha con-

tinuato a lanciare. La preoccupazione aumenta di fronte ad una vasta platea di persone con deterioramento cognitivo lieve (Mci) che vanno individuate, valutate e prese in carico. Il nostro sistema di servizi non ha né personale, né spazi temporali e fisici, per accogliere altri pazienti. La politica si trincerava dietro le solite scuse, le istituzioni divagano e traccheggiano, le famiglie sono sole. Eppure, la ricerca ci ha condotto ad un passo dal futuro: chissà quando riusciremo a fare questo passo»⁽⁴⁰⁾.

La condizione è quella delle “famiglie colpite dalla malattia di Alzheimer” perché la patologia non ha modo di essere gestita in modo autonomo dal paziente.

Alcuni servizi messi a disposizione dai comuni, come i centri diurni, sono fondamentali sia per i pazienti meno gravi che trovano uno spazio dove poter fare una serie di esercizi di mantenimento, sia per i *caregiver* familiari che possono avere ore di tempo a propria disposizione. Purtroppo, la loro diffusione è molto scarsa e, anzi, in alcune città il numero delle strutture si è addirittura ridotto⁽⁴¹⁾. Questo non toglie che ci sono realtà dove i servizi sociali sono presenti con piani personalizzati per i pazienti e le famiglie.

A volte in collaborazione con i comuni, buona parte delle azioni di sostegno sono attive per l’impegno delle associazioni di familiari che, grazie a un grande lavoro di raccolta fondi e di volontariato, riescono ad offrire opportunità di incontro e scambio tra le famiglie e i pazienti.

Si riportano di seguito alcuni esempi.

40 Ib.

41 Il Comune di Roma nel 2007 era vicino al completamento di un centro diurno in ogni Municipio - per essere più vicini alle famiglie - ma via via negli anni si sono ridotti a 6 strutture.

Gli Alzheimer Café⁽⁴²⁾, nati nel 1997 da un’idea del medico olandese Bère Miesen, sono luoghi sicuri dove le persone con demenza, i loro familiari e i *carer* professionali si possono incontrare in modo informale e trascorrere alcune ore in un’atmosfera accogliente e centrata sull’ascolto. Possono così mantenere vive le relazioni sociali, combattere l’isolamento e lo stigma che li circonda, spezzare la faticosa routine dell’assistenza, parlare dei propri problemi e delle strategie trovate per risolverli, conoscere meglio la malattia.

Il Centro Ascolto Duchenne⁽⁴³⁾ (CAD) offre sostegno alle famiglie dal momento della comunicazione della diagnosi e lungo le fasi successive di evoluzione della patologia, per tutto il percorso di crescita del bambino e del ragazzo. Le gravi problematiche legate alla Distrofia Muscolare di Duchenne e Becker rendono indispensabile un intervento socio-sanitario integrato utile a garantire una presa in carico multidisciplinare. In questo scenario operano i professionisti del CAD, che si occupano di ottimizzare la rete di supporto per i pazienti e per le loro famiglie, orientando i genitori rispetto a medici specialisti e centri di riferimento, fornendo informazioni su una vasta gamma di temi e garantendo, inoltre, un supporto psicologico globale al nucleo familiare, anche durante i *trial* clinici e le visite ospedaliere. Con la finalità di lavorare per l’integrazione e il benessere di bambini e ragazzi che convivono con la DMD/BMD, il Centro Ascolto Duchenne affianca i genitori nel loro interfacciarsi con le istituzioni educative. Per contribuire a diffondere la conoscenza degli aspetti psico-sociali correlati alla patologia, organizza

42 Alzheimer Italia, https://www.alzheimer.it/alz_cafe.html

43 Parent Project, Associazione famiglie distrofia muscolare di Duchenne e Becker, <https://www.parentproject.it/centro-ascolto-duchenne/>

programmi di formazione, produce e diffonde materiale informativo specifico.

Il Centro di Ascolto e Consulenza sulla SLA⁽⁴⁴⁾, aperto nel 2003, ha 20 specialisti che rispondono ad oltre 2.500 chiamate l'anno. Il Dipartimento Socio Sanitario, nato nel 2021, è una ramificazione della Direzione Tecnica e si pone come servizio di supporto al Centro Ascolto con cui collabora in strettissima sinergia, affrontando le tematiche generali che nascono dai singoli casi.

3.6. Il sollievo: chi si occupa dei caregiver familiari?

Il vocabolario Treccani definisce il sollievo come segue: «sollièvo s. m. [der. di sollevare]. - Il sollevare, l'essere sollevato da un peso, da una sofferenza fisica o morale, da una preoccupazione e sim.: dare, portare, ricevere s.; cercare un po' di s. dal caldo, dall'arsura; a sentire che non gli era successo nulla di grave ho provato un gran s.; il suo affetto, nella disgrazia, mi è stato di gran s.; che sollievo, aver finito gli esami! Come. l'espressione fig. tirare un respiro di sollievo, sentirsi liberato da un timore, da un'ansia, da una grave preoccupazione».

Dare sollievo per togliere qualcosa: un peso, una preoccupazione, un fastidio, un dolore.

Relativamente a quest'ultimo significato è stata creata la legge per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore⁽⁴⁵⁾. Una

legge che, con oltre dieci anni di vita, ha cambiato un approccio culturale al dolore nella malattia come qualcosa di inevitabile, a volte con un significato di espiazione. Una legge che, soprattutto, ha reso la gestione del dolore cronico e quello per le patologie tumorali più accettabile. In maniera forse non completa, ma ormai abbastanza diffusa, il dolore è un indicatore misurato in ospedale e può capitare di subire un intervento senza accusare alcun dolore post operatorio.

Ma esiste un'altra forma di sollievo che riguarda migliaia di persone, intere famiglie che "ruotano" attorno ad una persona malata. Ruotano quando i familiari/badanti/volontari coinvolti sono diversi ma quando il *caregiver* è uno (padre/madre, moglie/marito, figlio/figlia) non c'è rotazione, non c'è modo di uscirne.

Attorno a queste persone, oltre che sui pazienti, si sta facendo da anni un ragionamento che, però, fatica a dare risposte concrete e mirate (e questo anche perché spesso sono forme di disagio che si vivono in famiglia, che per una forma di pudore non vengono neanche manifestate).

Sono situazioni, peraltro, che tendono ad aumentare - paradossalmente - con l'accrescere delle scoperte mediche: la presenza di molte persone in stato vegetativo è anche il frutto delle capacità dei medici d'urgenza nel "recuperare" alla vita persone che giungono al pronto soccorso con ictus, gravemente incidentate, ecc.

Oppure, come accennato nel paragrafo precedente sull'Alzheimer e le patologie degenerative, si tratta di situazioni che, grazie alla scoperta di alcuni farmaci, riescono a rallentare il decorso della patologia. E questo riguarda non solo la persona malata.

44 Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, <https://www.aisla.it/assistenza/>

45 Legge 15 marzo 2010, n. 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", <https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2010-03-19&task=dettaglio&numgu=65&redaz=010G0056&tmstp=1269600292070>

Resta sullo sfondo il problema della famiglia e, in particolare, del *caregiver* familiare che con più o meno sostegno inizia un periodo di accompagnamento gravoso e limitante.

Il lavoro di cura effettuato e gestito da familiari è pesante e troppo spesso non riconosciuto quando non addirittura dato per scontato. Ma nell'essere "scontato" ci sono vite che vengono stravolte, aspirazioni professionali interrotte, depressione e rabbia che si accumula.

Non è solo una questione di denaro, di integrazione delle somme non più percepite, ma di organizzazione del quotidiano, di ristabilire tempi di vita "normali" per quanto possibile.

Si tratta di tornare ad avere la possibilità di spostarsi per una vacanza in un luogo dove sia possibile prendersi il proprio tempo sapendo che il familiare ha tutte le attenzioni di cui necessita e gode anche lui di un momento di benessere.

L'Italia è un Paese erede di storiche esperienze di mutuo soccorso, un *welfare* integrativo che nasceva non da speculazioni private, ma dall'esigenza di autotutela della comunità. Qualche decennio addietro, infatti, erano gruppi di aiuto, di vicinato e di volontariato che "davano il turno". Poi le associazioni si sono strutturate per dare "ascolto" e per fornire soluzioni ai familiari che si trovavano catapultati a gestire nuove diagnosi o post incidenti senza grandi indicazioni salvo quelle prettamente sanitarie.

Ma poi? Poi resta il quotidiano, le 24 ore che non possono essere risolte nelle 2/3 ore di assistenza domiciliare che interviene sul paziente (non sul *caregiver*).

Il supporto psicologico è fondamentale, ma bisogna intervenire sul quotidiano, su quel senso

di soffocamento che prende chi assiste un proprio caro e vede la possibilità di poter andare un'ora dal parrucchiere come un lusso.

Occorre trovare un modo per pensare al sollievo, a liberare un tempo per il *caregiver*. Creare condizioni di libertà per la moltitudine di *caregiver* che non vogliono abbandonare i propri cari ma rischiano di arrivare ad un livello di stress fuori controllo, una sorta di *burn out* di famiglia.

A tale proposito è sufficiente seguire la cronaca per trovare situazioni di omicidi-suicidi (a volte catalogati come femminicidi) che poi, approfondendo, si rivelano come una storia di disabilità grave gestita da un solo *caregiver* anziano che non regge lo stress e vede nella "eliminazione" la soluzione del problema. Spesso sono situazioni "nascoste" da una condizione di normalità esterna. Per questo bisognerebbe mappare, svelare e dare sollievo in quelle situazioni - non necessariamente in una condizione di degrado - forse per questo, parzialmente visibili.

Molto è stato fatto in questo senso con la Legge sul "Dopo di noi"⁽⁴⁶⁾ che ha colto l'angoscia di genitori che hanno il pensiero fisso di mettere al sicuro il figlio disabile che rischierebbe - morti loro - di non aver le stesse attenzioni.

Molto resta da fare per censire e dare sollievo in un mare di situazioni che sono inevitabilmente in aumento, dovute all'incremento delle persone in terza età, alle nuove diagnosi di malattie degenerative e invalidanti, al crescere del disagio psichico, ecc.

46 Legge 22 giugno 2016, n. 112, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2016-06-22;112!vig=2023-01-31>

Come emergeva dall'indagine Censis-Aima sull'Alzheimer, citata nel Capitolo precedente, i familiari-*caregiver* hanno una buona opinione dei servizi sanitari ma resta scoperto tutto il resto.

Mai come in questo caso le attività istituzionali, degli assessorati agli affari sociali dei comuni, si devono integrare con le disponibilità e il *know-how* delle associazioni per censire le situazioni e offrire forme di sollievo (diurno, festivo, di vacanza).

3.6.1. Alcuni spunti giuridici sulla figura del *caregiver* familiare

Lo scorso aprile l'Ufficio Studi della Camera ha fatto il punto sulla "Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del *caregiver* familiare"⁽⁴⁷⁾.

La figura del *caregiver* familiare (letteralmente "prestatore di cura") è la persona responsabile dell'organizzazione e dell'assistenza di cui necessita una persona disabile che, in genere, è un familiare di riferimento.

Il profilo del *caregiver* è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla Legge di Bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, Legge n. 205 del 2017), che al comma 255 lo definisce come «persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti».

Più precisamente, la norma definisce il *caregiver* familiare come la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della Legge

47 Estratto da: "Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del *caregiver* familiare", <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>

76/2016⁽⁴⁸⁾, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, in presenza di un handicap grave, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento. (Dossier n. 141 del 25 febbraio 2021)⁽⁴⁹⁾.

Come risulta inoltre dalla Tabella 11 tratta da Istat, il totale dei *caregiver* familiari che ha fornito cure ed assistenza almeno una volta alla settimana a membri della propria famiglia ammonta, complessivamente, a 7 milioni di persone, in prevalenza appartenenti alla popolazione femminile (donne: 4,1 milioni, circa il 60% del totale dei 7 milioni di *caregiver*, contro i 2,9 milioni di uomini), su un totale di circa 8 milioni di *caregiver* (coloro che dichiarano di aver fornito assistenza, non necessariamente ad un familiare)⁽⁵⁰⁾.

48 Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze, <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2016-05-20;76-art1-com28>

49 Dossier di approfondimento sulla figura del *caregiver* nell'ordinamento italiano del Dip. Affari sociali e Lavoro, Servizio Studi, Camera Deputati, <https://www.camera.it/temiap/2021/03/09/OCD177-4856.pdf>

50 Salute e ricorso a servizi sanitari, Italia e Ue - Anno 2019, <https://www.istat.it/tavole-di-dati/condizioni-di-salute-e-ricorso-ai-servizi-sanitari-in-italia-e-nellunione-europea-in-dagine-ehis-2019/>

Tabella 11. Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana (a), per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età. Anno 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)

Genere e classi di età	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali				Non indicato
			Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana		
MASCHI							
15-24	149	132	112	**	**	-	
25-34	227	201	154	32	34	7	
35-44	379	328	243	68	61	7	
45-54	919	852	535	190	186	9	
55-64	843	786	455	174	201	13	
65-74	434	372	201	92	136	5	
75 e più	294	270	96	47	150	1	
65 e più	728	643	297	139	287	5	
Totale	3.246	2.940	1.796	621	788	40	
FEMMINE							
15-24	175	151	109	33	29	3	
25-34	298	256	175	49	67	8	
35-44	615	515	326	138	148	2	
45-54	1.366	1.190	661	324	370	10	
55-64	1.245	1.107	507	298	435	4	
65-74	654	537	242	93	313	6	
75 e più	394	318	123	44	216	11	
65 e più	1.048	855	365	137	529	17	
Totale	4.746	4.074	2.144	980	1.579	43	
MASCHI E FEMMINE							
15-24	324	282	222	51	49	3	
25-34	525	457	329	80	101	15	
35-44	994	843	570	206	209	9	
45-54	2.285	2.041	1.196	515	556	18	
55-64	2.087	1.893	962	472	637	17	
65-74	1.088	909	443	185	449	11	
75 e più	688	588	219	91	367	11	
65 e più	1.776	1.498	662	276	816	22	
Totale	7.992	7.014	3.940	1.601	2.367	83	

(a) Aiuti a persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità. I dati mancanti contrassegnati con "*" non sono significativi.

Fonte: Istat, Salute e ricorso a servizi sanitari, Italia e Ue - Anno 2019

Inoltre, in base a dati Epicentro - Istituto Superiore di Sanità (dati Istat 2016⁽⁵¹⁾ e Osservatorio ONDA 2018⁽⁵²⁾) risulta che il 65% dei *caregiver* familiari sono donne di età compresa tra i 45 e i 55 anni, che spesso svolgono anche un lavoro fuori casa o che sono state costrette ad abbandonarlo (nel 60% dei casi) per potersi dedicare a tempo pieno alla cura dei familiari.

Il Primo Rapporto di Cergas Bocconi sulle prospettive per il settore socio-sanitario e l'evoluzione della cura agli anziani (*long term care*)⁽⁵³⁾ sottolinea la presenza di un numero in crescita di *over 65* non autosufficienti mentre le risorse investite rimangono costanti. Lo stesso Rapporto - pubblicato nel settembre 2018 - fotografa un esercito silenzioso di 8 milioni di *caregiver* familiari che si auto-organizzano per far fronte ai bisogni di assistenza dei propri cari non più autonomi, a cui si affiancano quasi 1.000.000 di badanti tra regolari e no.

Una notazione sui dati esposti sopra riguarda il periodo esaminato, 2018, ovvero due anni prima della pandemia che, se da una parte ha decimato la popolazione anziana con particolare violenza, dall'altra ha messo in fuga verso i Paesi di origine una moltitudine di "badanti" ormai inseriti in questo settore e, per certi versi, formate con l'esperienza. La crisi post Covid e la perdita di posizioni lavorative ha costretto molti - in maggioranza donne - a sostituirsi ai *caregiver* professionali⁽⁵⁴⁾.

51 <https://www.istat.it/microdati/aspetti-della-vita-quotidiana-3/>

52 <https://fondazioneonda.it/ondauploads/2018/11/5.-Sintesi-Libro-Bianco-2018.pdf>

53 "L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. Primo Rapporto Osservatorio Long Term Care", 2018, <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/1%25C2%25B0-Rapporto-LTC.pdf>

54 "Disabilità e non autosufficienza: dopo la pandemia serve altro", Claudio Castegnaro, Sergio Pasquinelli | 9

È in corso, presso la XII Commissione affari sociali della Camera dei Deputati l'esame di diverse proposte di legge di iniziativa parlamentare (A.C. 114 ed abb.⁽⁵⁵⁾) finalizzate ad introdurre una disciplina per il riconoscimento della figura del *caregiver* familiare ed il sostegno dell'attività di cura ed assistenza delle persone più fragili svolta dalla stessa, dato anche l'alto valore sociale ed economico dell'attività prestata che si configura come vantaggiosa per l'intera collettività. Le proposte intervengono nella disciplina vigente in modo parzialmente difforme, alcune di esse introducendo peraltro anche deleghe al Governo per garantire la piena integrazione del *caregiver* nell'ordinamento giuridico⁽⁵⁶⁾.

Tra le leggi regionali, si segnala quella dell'Emilia-Romagna, Legge regionale "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del *caregiver* familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)"⁽⁵⁷⁾ del 2014, che ha riconosciuto, prima fra le regioni italiane, la figura del *caregiver* in quanto componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, tutelandone i bisogni. La legge regionale riconosce il ruolo sociale del *caregiver* familiare, e proprio per questo intende fornire formazione e supporto alle attività di assistenza prestate gratuitamente da familiari ed amici a persone non autosufficienti, mettendo

Febbraio 2021 in <https://www.welforum.it/il-punto/laumento-delle-diseguaglianze-in-tempo-di-pandemia/disabilita-e-non-autosufficienza-dopo-la-pandemia-serve-altro/>

55 <https://www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=114&sede=&tipo=>

56 <https://temi.camera.it/dossier/OCD18-19548/disposizioni-riconoscimento-e-sostegno-attivita-cura-e-assistenza-svolta-dal-caregiver-familiare-1.html>

57 Norme per il riconoscimento ed il sostegno del *caregiver* familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza), <http://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/monitor.php?urn=er:assemblealegislativa:legge:2014;2>

a loro disposizione importanti servizi. Tra le novità più importanti:

1. rafforzamento della rete di sostegno del *caregiver*, costituita dal sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari, dal volontariato e dalla solidarietà di vicinato;
2. messa a punto di un piano assistenziale individualizzato che definisce le funzioni del *caregiver*, nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari e i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire per consentire un'attività di assistenza e di cura appropriate;
3. formazione al lavoro di accudimento e al riconoscimento delle competenze acquisite per favorire successivi sbocchi lavorativi (percorsi formativi per la qualifica di operatore socio-sanitario);
4. supporto psicologico;
5. guide sui servizi;
6. prestazioni sanitarie a domicilio;
7. accordi con le associazioni imprenditoriali per una maggiore flessibilità nell'orario di lavoro;
8. promozione di accordi con compagnie assicurative per la copertura degli infortuni o della responsabilità civile collegati all'attività prestata;
9. istituzione del *caregiver day*: un giorno per dare voce alle tante persone invisibili che scelgono di condividere una parte della loro vita con chi perde autonomie e relazioni, un giorno per conoscere e diffondere buone pratiche e per verificare attraverso i protagonisti diretti l'efficacia della legge.

Una panoramica sulle normative e le iniziative regionali in tema di *caregiver* è disponibile sul sito OMAR-Osservatorio delle malattie rare⁽⁵⁸⁾.

3.7. Il SSN tra discredito e aggressioni. Comunicare ai cittadini tempi e servizi

Come siamo arrivati all'attuale situazione di discredito del Servizio Sanitario Nazionale è cosa complessa da descrivere ma alcune tappe storiche e, soprattutto, culturali sono importanti e devono essere considerate.

Tutto inizia nel 1948 con l'articolo 32 della Costituzione che recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»; nel 1958 viene istituito per la prima volta il Ministero della Salute; nel 1968 la Riforma ospedaliera trasforma gli ospedali da enti caritatevoli in pubblici che forniscono, almeno in linea di principio, assistenza gratuita a chiunque ne abbia bisogno.

Il 23 dicembre 1978 viene promulgata la Legge 833 e nasce così il Servizio Sanitario Nazionale: per la prima volta la sanità è universale e le mutue non sono più un modo per fornire prestazioni differenziate. La salute diventa concretamente un diritto dell'individuo, non un privilegio, di cui la società nel suo complesso si fa carico. Un diritto del singolo che si ripercuote sul bene della collettività tanto da rendere l'Italia in poco più di quarant'anni, anche grazie al SSN, uno dei Paesi più longevi del pianeta.

Da un punto di vista culturale, negli anni '70 il medico è ancora una figura per certi versi "sacra", di cui non si dubita mai, e l'accesso in ospedale è ancora, per una parte degli italiani, una sicurezza dove vitto e alloggio sono assicurati forse meglio che a casa propria.

⁵⁸ <https://www.osservatoriomalattierare.it/news/politiche-socio-sanitarie/19277-caregiver-tante-iniziative-regionali-ma-manca-u->

[na-legge-nazionale-che-riconosca-questo-ruolo](#)

Il Paese cresce e già negli anni '80/90 le condizioni degli italiani sono migliori di quelle che si trovano in ospedale⁽⁵⁹⁾. Tutti hanno il bagno in casa e dividerlo in ospedale con una camerata di persone non sta bene a nessuno; tutti hanno il telefono a casa e non si riesce a sopportare il fatto che entrare in ospedale significhi restare tagliati fuori da relazioni e informazioni (a meno di dotarsi di pazienza e gettone telefonico); cresce un sentimento di *privacy* che rende difficile accettare di essere chiamati con la propria patologia o di condividere la permanenza in ospedale per un tempo indefinito⁽⁶⁰⁾ in un camerone a venti letti, distanziati da un comodino⁽⁶¹⁾. Questo per la parte strutturale.

Cambia, con gli anni, anche l'approccio degli italiani ai medici-sacerdoti e alle malattie perché trasmissioni in TV, rubriche e riviste *ad hoc* gettano le basi per una conoscenza diffusa delle patologie, dei sintomi, dei farmaci, ecc. Successivamente internet amplificherà, in alcuni casi, un processo di conoscenza ed *empowerment*, ma diverrà anche un luogo dove selezionare tra verità scientifiche e bufale.

Mettere in discussione l'operato dei medici diventa in alcuni momenti della storia recente talmente diffuso e scontato che è normale sentire

in una mattinata anche 4/5 annunci alla radio che pubblicizzano studi di avvocati pronti a difendere il cittadino che pensa di essere stato oggetto di malpratica.

Una modalità che, in estrema sintesi, ha come effetti l'aumento delle polizze assicurative, il crescere delle prestazioni come effetto della cosiddetta medicina difensiva e, infine, la rinuncia da parte dei medici ad interventi "pericolosi" ma, magari innovativi, per il timore di trovarsi indagati.

Ma come si arriva all'ottobre 2024 con un Decreto-legge "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria"⁽⁶²⁾?

È vero che alcuni fenomeni di aggressività, soprattutto nei pronto soccorso degli ospedali, a causa delle attese troppo lunghe, ci sono sempre stati in passato ma raramente arrivavano a colpire i professionisti.

Poi, durante il Covid, consci del pericolo e della fatica a cui sono sottoposti, i medici diventano gli eroi.

Ma usciti dalla fase più dura del Covid e con le relative vaccinazioni, gli eroi - che devono recuperare le prestazioni non erogate durante la chiusura delle strutture e sono impegnati nelle vaccinazioni - diventano addirittura "sicari". Da

⁵⁹ Escono inchieste come quella dell'inviato speciale Gigi Ghirotti nel mondo della malattia "Il lungo viaggio nel tunnel della malattia" che, malato fra i malati, volle capire e, soprattutto, far conoscere ai suoi concittadini la realtà della malattia e delle strutture sanitarie operanti in Italia in quegli anni (1973/74) e libri come "L'uomo negato. La malattia ripara dalle regole del gioco sociale: l'ospedale annulla l'uomo per affermare la sua subordinazione politica", 1° gennaio 1980.

⁶⁰ Solo con l'inserimento del sistema dei DRG i tempi per le prestazioni diventano definiti dagli stessi DRG che ne dettano costi e tempi.

⁶¹ Nel 1990 il Tribunale per i diritti del malato realizza il primo Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel servizio sanitario, una indagine civica che ha coinvolto 300 strutture e 25.000 cittadini.

⁶² Decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137, "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria", https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2024-10-01&atto.codiceRedazionale=24G00158&elenco30giorni=true

una parte la rabbia per le attese per l'erogazione delle prestazioni, dall'altra una cultura *no-vax* che diffonde in modo pervasivo sui *social* notizie drammatiche sugli effetti dei vaccini contro il Covid, alterano il sistema di percezione che riguarda l'uso dei servizi sanitari e il rapportarsi con i professionisti che in questi operano.

Le due grandi organizzazioni delle strutture sanitarie, Federsanità e Fiaso, hanno ritenuto opportuno pubblicare un comunicato stampa congiunto a seguito delle violente aggressioni che nei primi giorni di settembre si sono susseguite presso il pronto soccorso di Foggia:

«Bisogna rimettere al centro dell'attenzione pubblica la sacralità del rapporto della sanità pubblica con i cittadini. Sarebbe miope cercare i problemi della violenza agli operatori sanitari - sottolinea il Presidente di Federsanità Fabrizio d'Alba, dg del Policlinico Umberto I di Roma - solo all'interno delle strutture. Siamo di fronte a un vero e proprio cortocircuito culturale di un Paese in profonda crisi. Occorre investire in comunicazione, soprattutto, per quanto attiene alle strutture, tra personale sanitario e utenti, per ripristinare un clima di fiducia e di rispetto che si è andato perdendo. Serve tolleranza zero verso ogni forma di aggressione, verbale e fisica»⁽⁶³⁾.

Per avere un'idea delle dimensioni del fenomeno, nella sua relazione il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi e degli Odontoiatri-FNOMCeO, Filippo Anelli - in audizione al Senato⁽⁶⁴⁾ - in merito al provvedimento emanato il primo di ottobre, di-

chiara che i medici aggrediti nel 2023 sono stati 2.897, quasi 8 al giorno, secondo il questionario elaborato dall'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS). E, sottolinea: «A fare notizia sono in ogni caso solo gli episodi più gravi ed eclatanti - ha precisato Anelli - mentre rimane tutto un sommerso che rischia di non essere conosciuto».

Il clima di fiducia che per anni ha legato i cittadini al Servizio Sanitario sembra essersi compromesso e il Decreto "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria" dovrebbe essere un forte deterrente in quanto prevede:

- l'arresto obbligatorio in flagranza o in differita - entro 48 ore dal fatto - per chi compie atti di violenza contro i sanitari o danneggia beni destinati all'assistenza;
- una pena aggravata per il reato di danneggiamento all'interno o nelle pertinenze delle strutture sanitarie, socio-sanitarie residenziali o semi residenziali: in particolare si prevede che chi «distrugge, disperde, deteriora o rende, in tutto o in parte, inservibili cose ivi esistenti o comunque destinate al servizio sanitario e socio sanitario, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa fino a 10mila euro»;
- introduce l'arresto in flagranza in caso di lesioni al personale sanitario o danneggiamenti all'interno delle strutture sanitarie e la possibilità dell'arresto differito non oltre le 48 ore (oggi è previsto per i reati di violenza contro le donne o domestica o per i reati commessi nelle manifestazioni sportive come le partite di calcio) anche «sulla base di documentazione video-fotografica o

⁶³ <https://federsanita.it/2024/09/09/aggressioni-a-personale-medico-sanitario-fiaso-e-federsanita-sono-un-attacco-alla-sanita-pubblica-e-reati-contro-la-salute/>

⁶⁴ <https://portale.fnomceo.it/violenza-medici-anelli-fnomceo-in-audizione-al-senato-bene-provvedimento-con-misure-urgenti-fenomeno-multifattoriale-che-va-affrontato-con-approccio-sistematico-occorre-interve/>

di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica dalla quale emerga inequivocabilmente il fatto» (anche con video e foto registrate con semplici *smartphone*).

Si ribadisce l'intenzione, da parte del Ministero della Salute di concerto con il Ministero degli Interni, di adottare apposite linee guida «con riguardo all'utilizzo dei dispositivi di videosorveglianza nelle strutture presso cui opera il predetto personale», sistemi che oggi sarebbero già presenti nel 70% degli ospedali e che fanno seguito alla Raccomandazione n. 8 del 2017 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"⁽⁶⁵⁾ del Ministero della Salute. A tale proposito, il Governo comunque annuncia nella prossima Legge di Bilancio dei fondi per l'installazione di sistemi di videosorveglianza.

Ma forse i forti deterrenti contro i pochi violenti non sono sufficienti per ricostruire il rapporto di fiducia e un comune sentire della popolazione riguardo al fatto che:

- il SSN è patrimonio di tutti e che, ormai più che adulto nella sua durata, non è scontata la sua presenza - più o meno efficiente e pervasiva - in tutto il Paese;
- i professionisti del SSN italiano sono frutto di una formazione lunga e costosa che ha portato tutto il sistema ad un livello di esperienza e capacità noti in tutto il mondo (basti citare il tema dei trapianti e quello delle malattie oncologiche);
- il continuo scavare di certa stampa in fatti di cronaca non porta beneficio a nessuno (per questo esiste la magistratura) ma sicuramente aumenta un sentimento diffuso di sfiducia senza motivo;

- alimentare un clima di sfiducia e risentimento nei confronti del SSN ha un peso anche sull'acquisizione dei dati sullo stesso (i cittadini sono mal disposti a rispondere, per esempio, alle indagini dell'Istituto Superiore di Sanità) e su aspetti come il consenso a donare gli organi in caso di morte (le dichiarazioni positive scendono dove cresce il clima di diffidenza e di astio nei confronti dei servizi sanitari).

Il SSN è oggi più che mai in continua evoluzione per gli effetti delle riforme e degli investimenti derivanti dal PNRR ma di questa evoluzione si coglie solo l'aspetto che più direttamente colpisce il cittadino, come le liste d'attesa, mentre è meno evidente la parte in costruzione legata ai servizi sul territorio. Un po' come quello che accade ad una strada in rifacimento che, inevitabilmente, comporta rallentamenti e disagi per gli automobilisti. Ma un cartello espone i motivi e le tempistiche dei lavori in corso e quando la strada sarà nuova e funzionale nessuno penserà più a come era prima.

La comunicazione di quanto si sta facendo è fondamentale e non è argomento solo per gli addetti ai lavori. Comunicare ai cittadini con forza solo le cifre investite e non "raccontare" cosa sta cambiando per tutti dal punto di vista dei servizi può essere controproducente.

Che la pandemia abbia messo a dura prova i servizi del SSN sul territorio e che su questo si stia lavorando è una informazione che va comunicata. Raccontare come eravamo negli anni '60 e cosa siamo diventati grazie ad un servizio sanitario universalistico è un compito importante che serve a rendere conto del lavoro che si sta facendo e ad arginare violenza ed aggressività che sono - in parte - frutto di un periodo pesante come il Covid e di un atteggiamento

⁶⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf



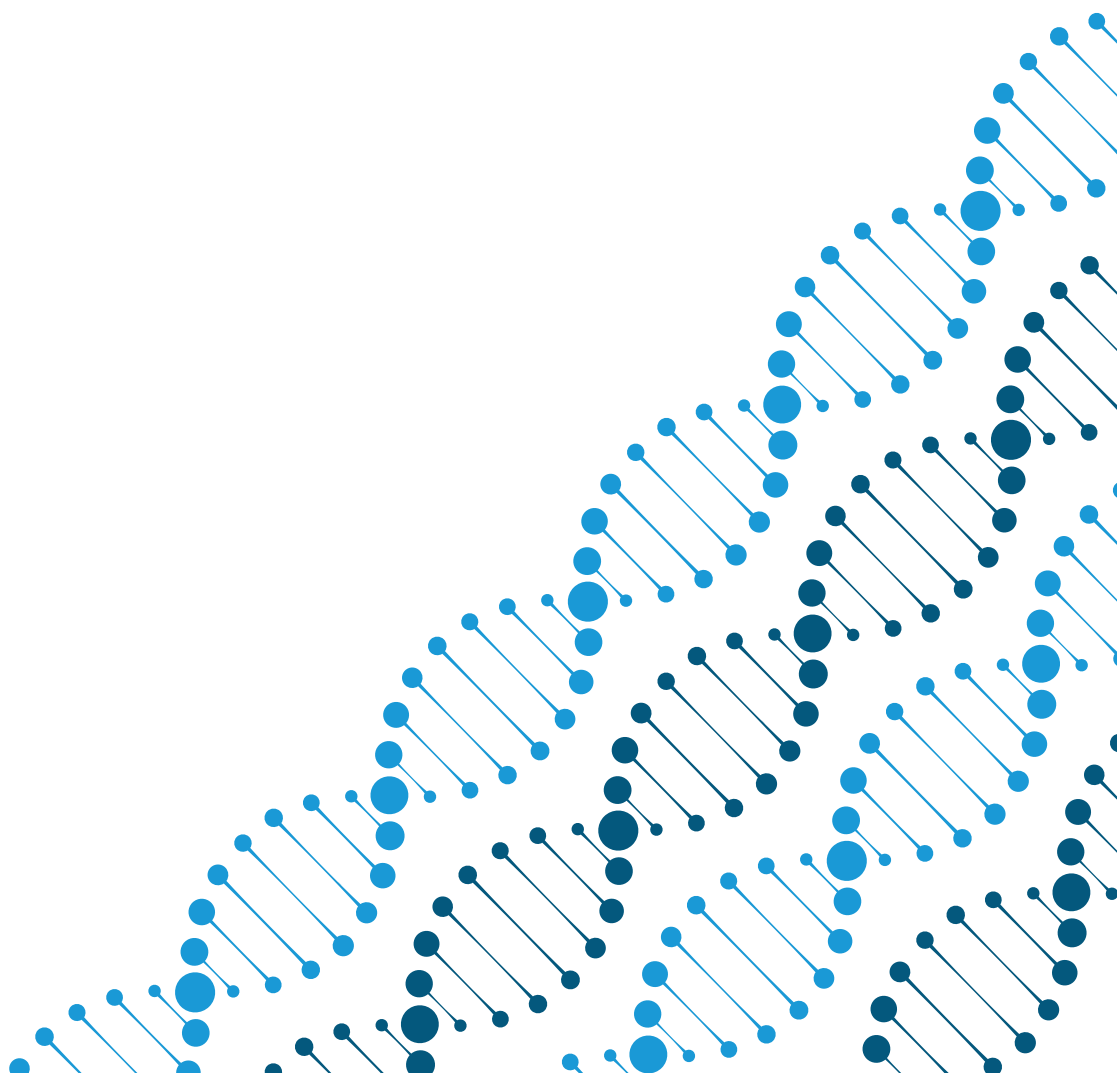
mento che ormai dà tutto per scontato: i servizi, la rapidità, la guarigione, ecc.

Per concludere, si può dire che il SSN è una sorta di monumento in continua evoluzione la cui presenza essenziale è un diritto e vanto per tutti i cittadini e che, in quanto tale, dovrebbe occupare uno spazio anche nell'istruzione scolastica.

E questo non solo per i motivi detti prima, ma anche perché dall'uso corretto e consapevole che si fa dei servizi erogati dal SSN dipende la sua sostenibilità e la salute dei cittadini di domani.

Capitolo 4

I servizi sociali dei comuni:
spesa, aree di utenza ed enti gestori



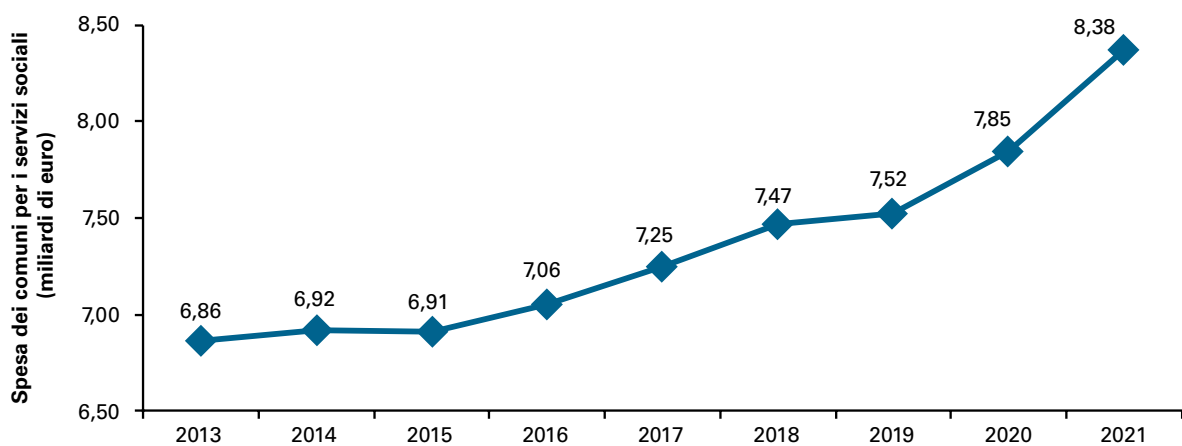


4.1. Le dinamiche di spesa

Secondo i recenti dati Istat pubblicati a maggio 2024, la spesa dei comuni per i servizi sociali continua ad aumentare nel 2021 per proseguire a fronteggiare i nuovi bisogni assistenziali derivanti dall'emergenza sanitaria esplosa con il Covid-19 e della conseguente crisi economica e sociale. Di

fatto i comuni sono responsabili degli interventi e dell'offerta di servizi socio-assistenziali destinati ai propri cittadini e nel 2021 la loro spesa per tale funzione raggiunge gli 8,38 miliardi di euro, pari allo 0,46% del PIL, il 6,7% in più rispetto al 2020 (Figura 1). In confronto con il 2013, quando la spesa complessiva era pari a 6,86 miliardi di euro, il dato ha subito una variazione positiva pari al 22%.

Figura 1. Spesa dei comuni per i servizi sociali (miliardi di euro), 2013-2021



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

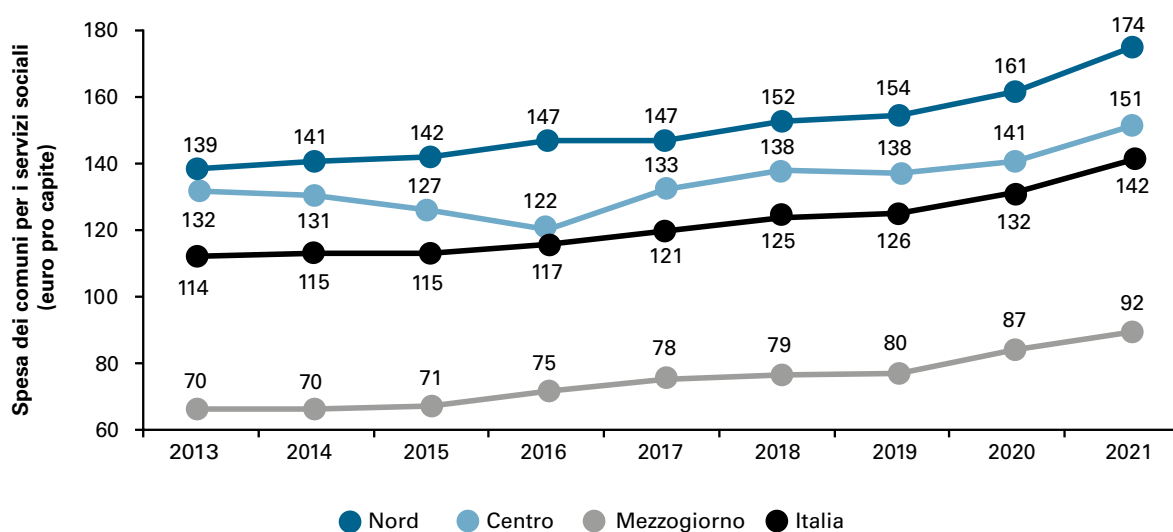
Nell'ultimo anno la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è pari a 142 euro (era di 114 euro pro capite nel 2013) con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica (Figura 2): nel Mezzogiorno è pari a 92 euro, circa la metà del dato registrato al Nord (174 euro).

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

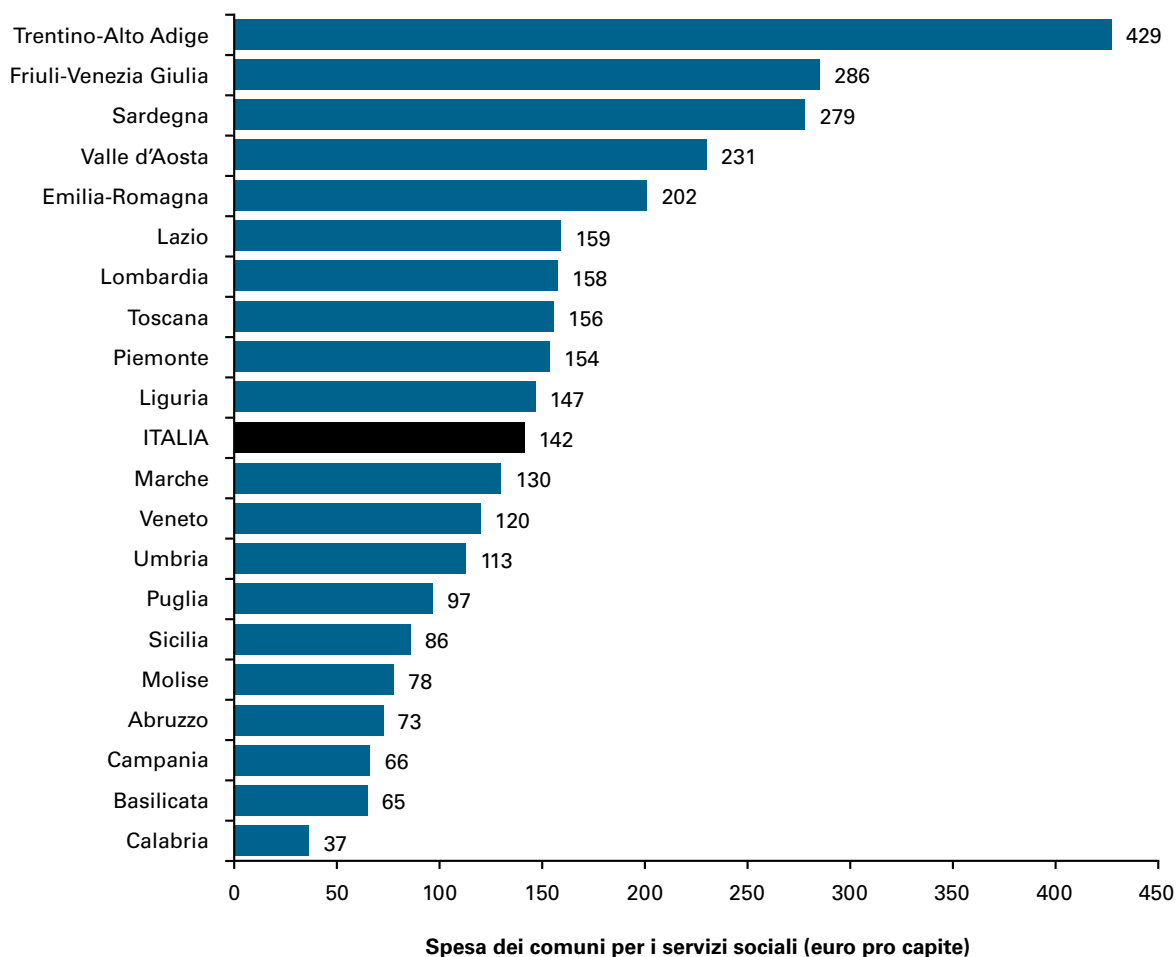
In particolare, scendendo a livello regionale, si riscontrano dati davvero eterogenei: dai 37 euro pro capite della Calabria ai 429 euro per abitante del Trentino-Alto Adige (Figura 3).

Tutte le regioni del Mezzogiorno si trovano a fondo classifica con dati medi inferiori ai 100 euro pro capite di spesa dei comuni per servizi sociali; l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna che, con 279 euro di uscite per cittadino, è terza a livello nazionale.

Figura 2. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per ripartizione geografica, 2013-2021



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Figura 3. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per regione, 2021


Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

4.2. Le tipologie di spesa e le aree di utenza

Nel 2021 il 38% della spesa dei comuni per i servizi sociali è utilizzata per interventi e servizi, il 33% viene assorbita dalle strutture, mentre la restante parte (29%) è costituita dai trasferimenti in denaro (Figura 4).

Tale composizione percentuale è piuttosto stabile negli anni ad eccezione del 2020, quando si registra un balzo improvviso della spesa erogata sotto forma di trasferimenti in denaro, au-

mentati rispetto all'anno precedente del 22,7% (Figura 5). Nel 2021 si ripristinano le proporzioni tra le tre voci di spesa: le spese per gli interventi e servizi si attestano a 3,22 miliardi di euro, seguono le spese per le strutture a 2,75 miliardi di euro e i trasferimenti in denaro a 2,41 miliardi.

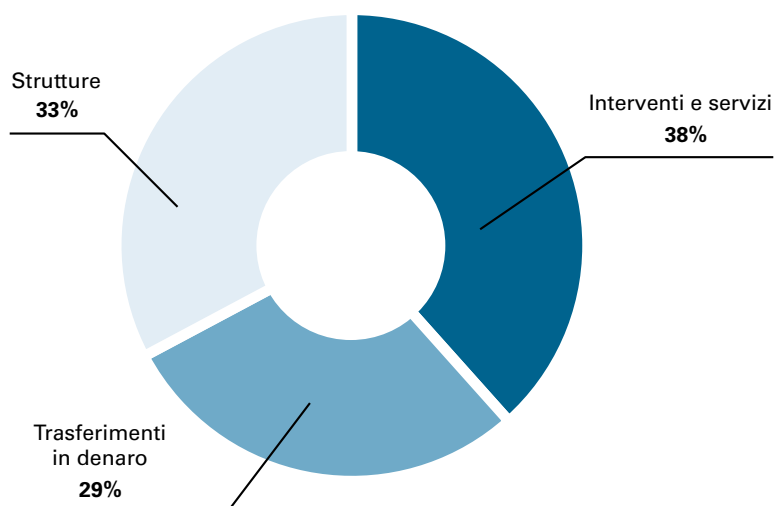
Nel periodo analizzato, ossia il 2013-2021, le spese dei comuni per i servizi sociali hanno un andamento differente anche in base all'area di utenza alla quale sono indirizzati.

Come prima anticipato, a livello complessivo la variazione percentuale della spesa è pari al 22%, ma varia da un minimo del -21,6% nel caso delle dipendenze da alcol e droga, fino ad un massimo di circa +83% per la povertà ed il disagio di adulti e senza dimora. La spesa per tale categoria di utenti non è cresciuta progressivamente come avvenuto per gli immigrati, i Rom, i Sinti e i Caminanti, ma è balzato improv-

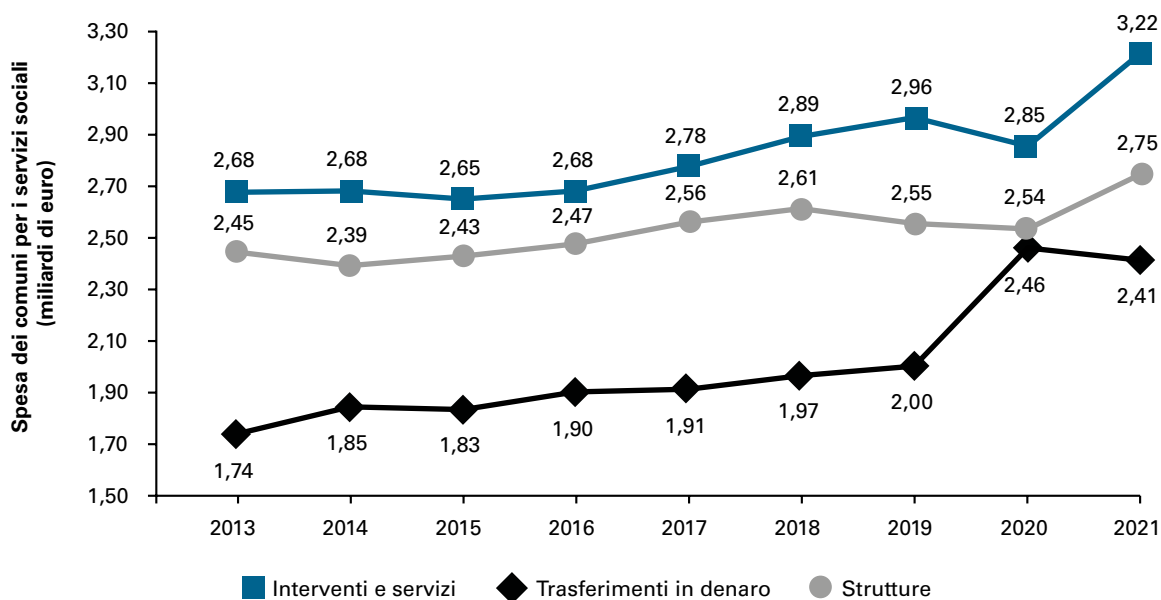
visamente sopra i 900 milioni di euro a partire dal 2020, quasi raddoppiando rispetto all'anno precedente (Tabella 1).

Si rileva, inoltre, un preoccupante decremento della spesa per anziani pari al -6% nel periodo di tempo esaminato, un dato in controtendenza con il progressivo invecchiamento della popolazione in Italia.

Figura 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per tipologia di spesa, 2021



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

Figura 5. Spesa dei comuni per i servizi sociali (miliardi di euro), per tipologia di spesa, 2013-2021


Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Tabella 1. Spesa dei comuni per i servizi sociali (milioni di euro), per area di utenza, 2013-2021

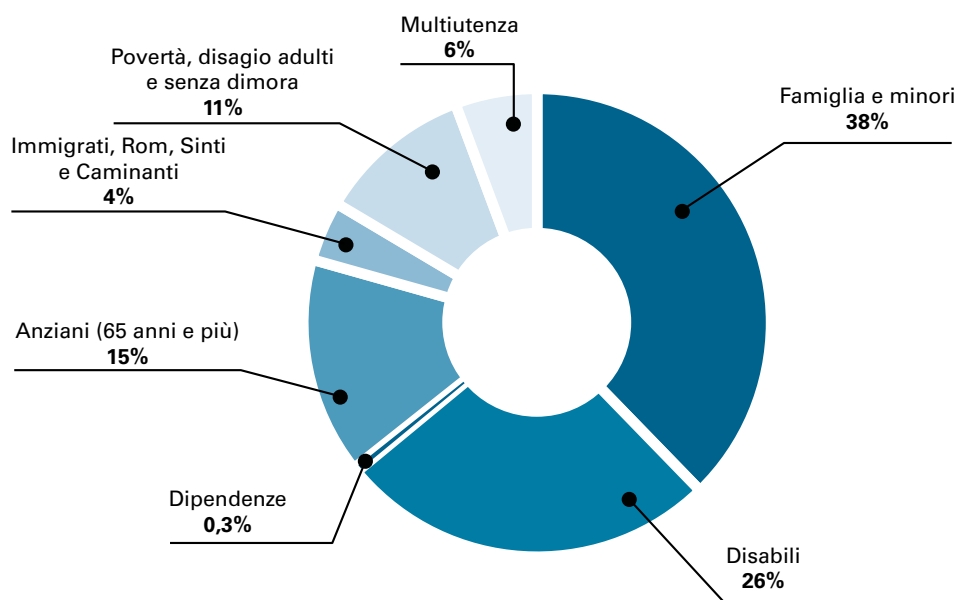
Area di utenza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. % 2013/2021
Famiglia e minori	2.684	2.669	2.670	2.732	2.763	2.837	2.860	2.898	3.161	17,8%
Disabili	1.724	1.742	1.761	1.796	1.875	2.005	2.087	1.963	2.201	27,7%
Dipendenze	32	29	26	27	25	25	23	21	25	-21,6%
Anziani (65 anni e più)	1.341	1.359	1.277	1.239	1.304	1.288	1.267	1.245	1.260	-6,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	200	247	282	339	348	352	330	337	350	74,6%
Povert�, disagio adulti e senza dimora	492	488	513	535	536	563	555	959	902	83,4%
Multiutenza	390	386	383	387	398	401	401	425	477	22,1%
Italia	6.863	6.919	6.912	7.055	7.248	7.472	7.522	7.848	8.376	22,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Le variazioni percentuali relative alle dipendenze, agli immigrati e alla povert  sono di grande entit  ma di fatto si riferiscono ad aree di utenza che non rappresentano i principali target di intervento delle spese dei comuni. Nel

2021, infatti, le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (38%), alle persone con disabilit  (26%) e agli anziani (15%), ossia ai residenti che abbiano compiuto almeno 65 anni di et  (Figura 6).

Figura 6. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per area di utenza, 2021



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

Questa evidenza appare poco differenziata a livello territoriale (Tabella 2): in particolare il Nord mostra percentuali quasi sovrapponibili alla media nazionale ed il Centro si discosta maggiormente rispetto alla media italiana nell'area famiglie/minori (40,5% della spesa contro il 37,7%). Il Mezzogiorno, invece, si differenzia dal resto del Paese soprattutto per le spese destinate ai disabili e all'area povertà facendo registrare le percentuali più alte rispetto alle altre ripartizioni geografiche: per la disabilità concentra il 31,9% delle spese, contro circa il 24-25% del Nord e del Centro, mentre per la povertà concentra il 12,2% delle spese contro una media di circa il 10% del resto dell'Italia.

Incrociando i dati delle tipologie di spesa (interventi/strutture/trasferimenti in denaro) per area di utenza emerge come (Figura 7) circa la metà della spesa per famiglie e minori e immigrati è dedicata alle strutture (52% e 48% rispettiva-

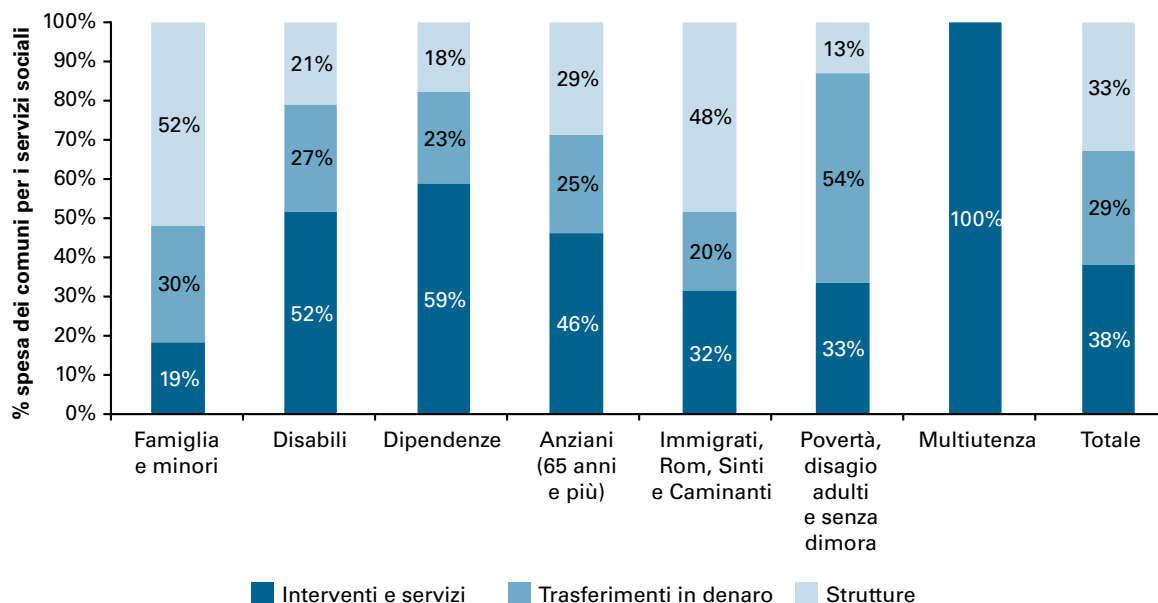
mente); situazione diversa per disabili, dipendenze e anziani, aree di utenza per le quali circa la metà delle risorse si concretizza in interventi e servizi. Per la povertà il 54% delle risorse è erogata sotto forma di trasferimenti di denaro.

Tabella 2. La spesa dei comuni per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per area di utenza e ripartizione geografica, 2021

Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Famiglia e minori	1.797.141.092	720.181.280	643.286.840	3.160.609.212
Disabili	1.187.054.562	428.302.017	585.910.671	2.201.267.250
Dipendenze	13.812.015	7.323.570	4.150.002	25.285.587
Anziani (65 anni e più)	791.892.306	260.941.515	207.505.762	1.260.339.583
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	196.622.459	66.984.020	86.140.027	349.746.506
Povertà, disagio adulti e senza dimora	488.196.546	189.337.948	224.446.522	901.981.016
Multiutenza	288.557.513	105.560.833	82.419.594	476.537.940
Totale	4.763.276.493	1.778.631.183	1.833.859.418	8.375.767.094

Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Famiglia e minori	37,7%	40,5%	35,1%	37,7%
Disabili	24,9%	24,1%	31,9%	26,3%
Dipendenze	0,3%	0,4%	0,2%	0,3%
Anziani (65 anni e più)	16,6%	14,7%	11,3%	15,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	4,1%	3,8%	4,7%	4,2%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	10,2%	10,6%	12,2%	10,8%
Multiutenza	6,1%	5,9%	4,5%	5,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

Figura 7. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per area di utenza e tipologia di spesa, 2021


Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

4.3. Gli enti gestori

Degli oltre 8,3 miliardi di euro di spese dei comuni per servizi sociali nel 2021, 5,6 miliardi hanno l'amministrazione comunale come ente gestore (Tabella 3). Si tratta a livello nazionale del 67% del totale. La seconda tipologia di ente gestore è il distretto/ambito/zona sociale, con 1 miliardo di euro, pari al 12,5% della spesa. Tali percentuali differiscono lievemente per ripartizione geografica: si segnala in particolare come nel Centro cresca la quota di spesa gestita dai

comuni che raggiunge il 75,9%, mentre nel Mezzogiorno spicca il 27,4% della spesa sociale in capo a distretti/ambiti/zone sociali.

Analizzando la distribuzione delle spese sociali per aree di utenza tra le diverse tipologie di enti gestori (Tabella 4) spicca l'alto coinvolgimento dei comuni per gli immigrati (83,4%) e per le famiglie (76,9%), così come quello dei distretti/ambiti/zone sociali e dei consorzi per l'area disabili (15,3% in entrambi i casi) e gli anziani (14,4% e 11,9% rispettivamente).

Tabella 3. La spesa dei comuni per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per tipologia di ente gestore e ripartizione geografica, 2021

Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Comune	2.935.674.810	1.350.708.771	1.325.182.809	5.611.566.390
Distretto / Ambito / Zona sociale	410.938.882	136.273.855	502.597.599	1.049.810.336
Comunità montana	11.953.748	11.779.849	0	23.733.597
Consorzio	632.516.936	200.804.162	3.223.113	836.544.211
Azienda sanitaria	60.796.780	21.993.908	0	82.790.688
Unione di comuni	248.217.903	32.187.126	2.855.897	283.260.926
Altra associazione di comuni	463.177.434	24.883.512	0	488.060.946
Totale	4.763.276.493	1.778.631.183	1.833.859.418	8.375.767.094
Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Comune	61,6%	75,9%	72,3%	67,0%
Distretto / Ambito / Zona sociale	8,6%	7,7%	27,4%	12,5%
Comunità montana	0,3%	0,7%	0,0%	0,3%
Consorzio	13,3%	11,3%	0,2%	10,0%
Azienda sanitaria	1,3%	1,2%	0,0%	1,0%
Unione di comuni	5,2%	1,8%	0,2%	3,4%
Altra associazione di comuni	9,7%	1,4%	0,0%	5,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

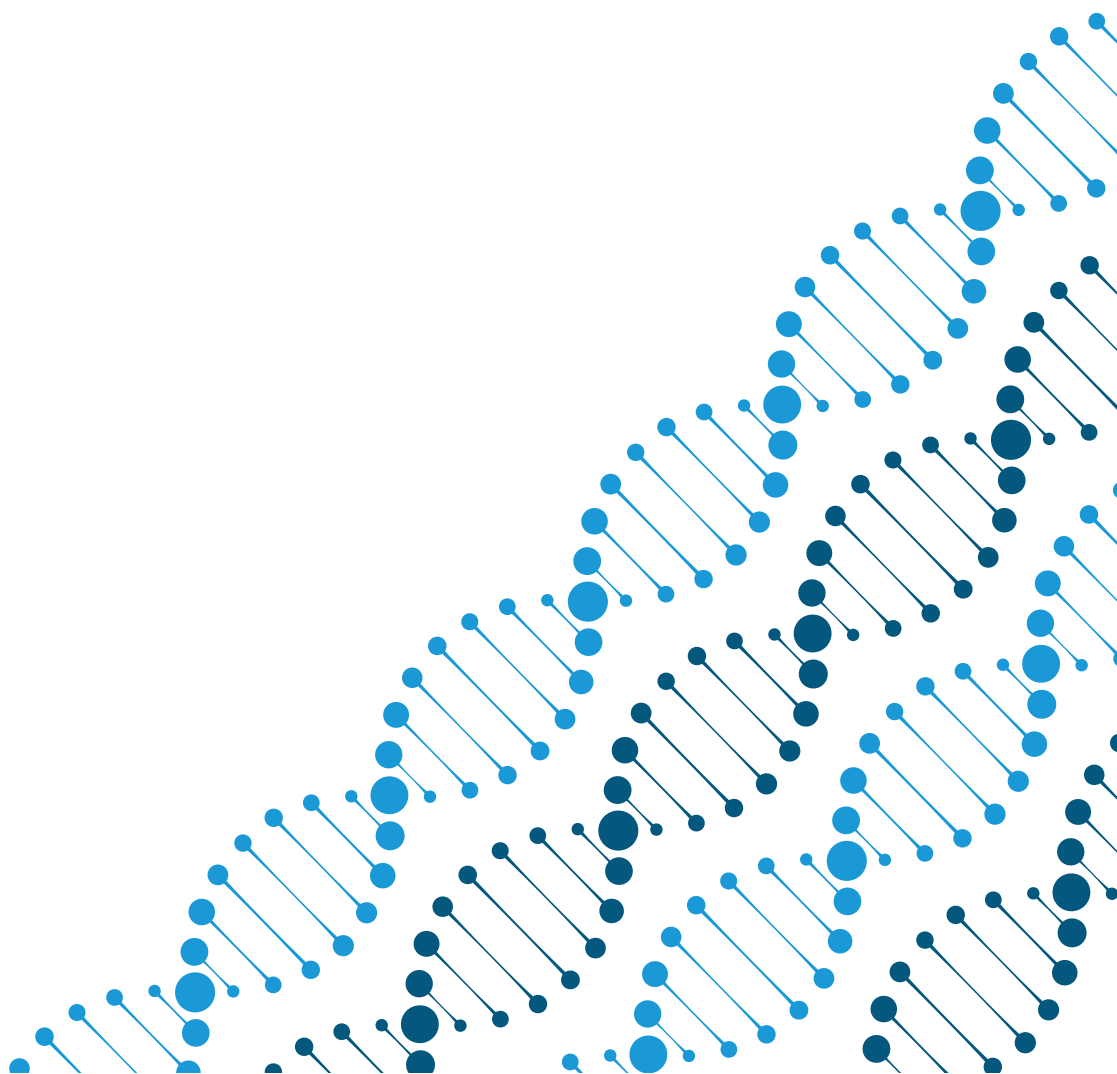
Tabella 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2021

Area di utenza	Comune	Distretto / Ambito / Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
Famiglie e minori	76,9%	9,6%	0,1%	5,9%	0,4%	3,3%	3,9%	100,0%
Disabili	58,2%	15,3%	0,4%	15,3%	2,7%	2,8%	5,4%	100,0%
Dipendenze	65,9%	11,9%	0,3%	6,4%	1,3%	3,1%	11,0%	100,0%
Anziani	53,3%	14,4%	0,3%	11,9%	0,6%	4,6%	14,8%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	83,4%	7,4%	0,2%	5,4%	0,0%	2,3%	1,3%	100,0%
Povert�, disagio adulti e senza dimora	71,7%	12,0%	0,2%	8,9%	0,3%	3,1%	3,9%	100,0%
Multitutenza	57,7%	19,5%	1,0%	13,3%	0,2%	5,0%	3,3%	100,0%
Totale	67,0%	12,5%	0,3%	10,0%	1,0%	3,4%	5,8%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEU-Ufficio Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

Capitolo 5

One Health e azioni in corso





5.1. One Health: dare forma alle parole

In questi anni molti termini sono entrati nel linguaggio comune pur avendo origini semantiche in ambiti diversi della scienza come, ad esempio: virale, sostenibile, resiliente, ecc.

Così “*One Health*”, diffusosi durante la pandemia, ora è un termine che sta diventando di uso comune ovunque, anche se, va sottolineato, l’abuso dei termini finisce per “annacquarli” e così il significato e ciò che ne consegue.

Come ogni termine che si appresta a diventare *mainstreaming* (lo fu il tema del genere e del *managing diversity* anni addietro), così il tema della salute in tutte le politiche può essere una moda o un modo concreto di affrontare diverse questioni con un approccio più complesso.

In questo contesto si comprende la necessità di istituire un “Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell’ecosistema (*One Health*) e dei rapporti internazionali” presso il Ministero della Salute. Un po’ meno comprensibile è la separazione dal “Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze

sanitarie” (anche da un punto di vista grafico⁽¹⁾) considerato che i due Dipartimenti hanno assoluta necessità di intersecarsi nelle azioni e nella programmazione (es. ecosistema/prevenzione) e la struttura a silos, in questo caso, potrebbe ostacolare una visione delle diverse azioni messe in campo.

Per tornare all’uso (troppo) diffuso del termine *One Health*, il rischio è che questo, per definizione inclusivo, venga confinato in diverse discipline ricreando visioni parziali della salute, mentre è necessario un giusto equilibrio per comprendere le ricadute di ogni azione ed avere la consapevolezza che ci si muove sullo stesso e unico pianeta.

Infatti, negli anni è apparso sempre più chiaro che ciò che “arriva” al suolo, al mondo animale e vegetale “torna” all’uomo attraverso l’uso di antibiotici, di diserbanti, di tossine, ecc. Così come quello che l’uomo ha costruito e diffuso, come le microplastiche che i pesci ingeriscono o

1 Organigramma del Ministero della Salute, https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_5_1.jsp?lingua=italiano&label=org&menu=organizzazione

una serie di oggetti che manipoliamo tutti i giorni (contenitori ad uso alimentare, abbigliamento tecnico, pesticidi, ecc.) che contengono PFAS²⁾.

Gestire la salute in tutte le politiche è un problema complesso che impone riflessioni che riguardano l'umanità con le sue tecnologie, le sue ricchezze, i suoi diritti.

A cosa si è disposti a rinunciare?

Nella definizione sarcastica di statistica, di un secolo fa, del poeta romanesco Trilussa, se una persona mangiava un pollo e un'altra no, ognuno aveva mangiato in media mezzo pollo. Oggi, in buona parte dei supermercati "grazie" agli allevamenti intensivi (con tutto quello che ne consegue dal punto di vista dell'ambiente) quella statistica ha un sapore meno polemico e, anzi, nelle società più ricche si parla di un abuso di carne nell'alimentazione³⁾. Così come per l'abbigliamento, sta diventando un problema l'accumulo e lo smaltimento di abiti a poco prezzo realizzati con fibre sintetiche (praticamente indistruttibili)⁴⁾.

Con la pandemia si è toccato con mano la diffusione del virus in tempi brevissimi (il volo e gli scali di un aereo intercontinentale). La stessa rapidità con la quale le cosiddette specie aliene invasive si diffondono distruggendo interi ecosistemi (il granchio blu, il punteruolo rosso, la vespa velutina, ecc.).

2 Sostanze perfluoroalchiliche.

3 <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/corretta-informazione/le-carni-rosse-fanno-male-alla-salute>

4 <https://www.greenpeace.org/italy/comunicato-stampa/24637/fast-fashion-greenpeace-ogni-settimana-15-milioni-di-vestiti-usati-inquinano-il-ghana-italia-nona-al-mondo-per-export-di-abiti-second-hand/>

La salute deve entrare in tutte le politiche e questo va fatto al più presto e con una visione più ampia nello spazio (il suolo, le acque, gli esseri animati o meno e ciò che l'uomo ha costruito) e nel tempo (le conseguenze che le scelte determinano o meno sulle prossime generazioni). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha creato una sezione *ad hoc* per monitorare quelle emergenze, spesso locali, che rischiano di coinvolgere l'intero pianeta⁵⁾.

Nel settembre 2024, a Città del Capo, si è riunito l'ottavo *World One Health Congress* (8WOHC) che si è svolto per la prima volta in Africa. Sono state presentate le ultime scoperte su malattie tropicali trasmesse da vettori, zoonosi, antibiotico resistenza, malattie neglette, sorveglianza, sequenziamento, sicurezza e salubrità di alimenti e mangimi, biosicurezza, clima, intelligenza artificiale, *big data* e preparazione alle pandemie.

Il Congresso si è concluso con le seguenti raccomandazioni chiave:

- la scienza è fondamentale per comprendere la complessa interazione tra salute umana, animale, vegetale e ambientale e dovrebbe continuare a sostenere i Congressi mondiali *One Health*;
- c'è un'opportunità, un dovere e una necessità di riportare a casa gli insegnamenti del Congresso per implementare *One Health* in tutti i Paesi;
- *governance* e strutture collaborative sono urgentemente necessarie a tutti i livelli del processo decisionale;
- è necessario coinvolgere degli attori del mercato del settore privato per unirsi al dialogo per accelerare l'operatività di *One Health*;
- è fondamentale un contesto politico globale per incorporare i principi di *One Health* nei

5 <https://www.who.int/emergencies/situations>

quadri legislativi e ci sono molte opportunità future a livello intergovernativo (*Pandemic Treaty*, COP29⁽⁶⁾, G20 e altri)⁽⁷⁾.

In tale contesto, per riprendere il cuore di questo Rapporto, i servizi socio-sanitari, in un'ottica di prossimità, sono un elemento fondamentale per avere un punto di vista di salute esteso perché l'accesso all'ambiente più vicino al cittadino o, ancora meglio, al domicilio dello stesso, è la forma più completa per acquisire informazioni dettagliate sulle abitudini, sulle condizioni di vita quotidiana dello stesso, sull'intero nucleo familiare, facilitando anche azioni più dirette di *empowerment* e prevenzione. Azioni e informazioni che sono difficilmente ottenibili in una struttura sanitaria ospedaliera o ambulatoriale anche attraverso una anamnesi il più accurata possibile.

5.2. Il clima, la salute e le città

Un libro, "Viaggio nell'Italia dell'Antropocene"⁽⁸⁾, scritto nel 2021 da un filosofo evoluzionista e da un geografo, racconta il viaggio immaginario di un giovane, Milordo, che nel 2786 - mille anni dopo il famoso viaggio in Italia di Goethe - ripercorre le stesse tappe in una penisola ormai stravolta dagli effetti del cambiamento climatico: la Pianura Padana quasi interamente allagata, le coste dell'Adriatico e del Tirreno ritiratesi a formare dei fiordi, ghiacciai inesistenti, città sott'acqua, ecc.

«La specie umana è diventata un rullo geologico globale, altro che storie, un rullo compres-

sore in grado di alterare sottosuolo, superficie e atmosfera terrestri. Gli scienziati del futuro studieranno i nostri sedimenti e noteranno una discontinuità: gas serra in concentrazioni abnormi, fiumi deviati, montagne scavate, enormi quantità di ossi di polli, bovini e suini, deforestazione selvaggia, scorie radioattive, metalli pesanti e plastiche in ogni dove. Ecco, qui è passata una bestia particolare, Homo sedicente sapiens»⁽⁹⁾. Questo è l'ammonimento della guida del *tour* organizzato a quanti, dei turisti presenti con Milordo, ancora pensano che sia tutto esagerato, che il pianeta ha un suo modo di riorganizzarsi e che quello che hanno già davanti agli occhi non sia frutto di un uso dissennato delle risorse dei secoli addietro (i nostri).

Il testo è una sequenza dei possibili effetti, già preannunciati da anni, certamente romanzzati ma assolutamente evidenti già nella nostra epoca (Venezia che sprofonda, ghiacciai che si sciogliono, coste marchigiane che arretrano di anno in anno).

Le città possono essere considerate dei laboratori - drammatici - dal punto di vista del mutamento climatico perché alcune situazioni estreme stanno già accadendo.

Il 2024 si è caratterizzato per aver avuto l'estate più calda e arida mai registrata. In particolare, il *Copernicus Climate Change Service* (C3S) rivela che il mese di settembre 2024 è stato il secondo mese più caldo della storia, sia a livello globale che in Europa. E questo sarebbe all'origine anche degli eventi di precipitazioni estreme (mesi di pioggia arretrata piovuti in pochi giorni) aggravati da un'atmosfera più calda⁽¹⁰⁾.

6 Conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici.

7 ISS - World One Health Congress: in Africa l'ottava edizione in <https://www.epicentro.iss.it/globale/world-one-health-congress-2024>

8 Pievani T., Varotto M. (2021), "Viaggio nell'Italia dell'Antropocene. La geografia visionaria del nostro futuro", Aboca.

9 Ib. pag. 73.

10 <https://climate.copernicus.eu/second-warmest-september-globally-and-europe>

L'estate di forti e continue ondate di calore ha comportato danni dal punto di vista economico (colture abbandonate per l'impossibilità di poter irrigare i terreni a causa della siccità) ma anche da un punto di vista della salute delle persone più fragili.

Un'analisi dell'ARS Toscana, condotta sui dati Istat sui decessi, rileva che in Italia si sono registrati 54.670 decessi nel mese di agosto 2024 e 52.681 nel mese di luglio, rispettivamente pari a 3.629 (+7%) e 870 (+2%) decessi in più rispetto alla media pre-pandemia 2015-2019. Due mesi rivelatisi particolarmente critici in particolare per la popolazione più anziana e fragile a causa dell'intensità e della durata delle ondate di calore⁽¹¹⁾.

Alla siccità dei mesi estivi hanno fatto seguito le piogge torrenziali e le alluvioni in Italia e in buona parte dell'Europa. Fino alla devastazione di fine ottobre/inizio novembre 2024 in Spagna, in particolare nella regione di Valencia, dove le vittime intrappolate dalle acque sono centinaia e la forza delle acque ha distrutto e trascinato ogni cosa come un vero e proprio tsunami.

Eppure, da parte della comunità politica e scientifica esiste la consapevolezza che si sia giunti ad un punto di non ritorno sulla questione del clima e degli effetti del surriscaldamento del pianeta, salvo poi essere in grado di dare seguito nella quotidianità, con la stessa consapevolezza e urgenza alle decisioni prese nei diversi summit mondiali.

A tale proposito va ricordata la ventottesima Conferenza delle Parti (COP)⁽¹²⁾ della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambia-

menti climatici, COP28, che si è svolta a Dubai (Emirati Arabi Uniti) dal 30 novembre al 12 dicembre 2023.

Ogni anno la COP si riunisce per individuare e valutare le misure per il clima. Nella scorsa edizione, il Piano d'azione della presidenza per realizzare i pilastri dell'accordo di Parigi⁽¹³⁾ si è concentrato su quattro settori:

- accelerare la transizione energetica;
- definire i finanziamenti per il clima;
- mettere la natura, le persone, la vita e i mezzi di sussistenza al centro dell'azione per il clima;
- porre alla base di tutte le iniziative la piena inclusività.

La COP28 ha riunito le parti della convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC), tra cui l'UE e tutti gli Stati membri dell'UE.

Nelle sue conclusioni il Consiglio UE ha evidenziato le opportunità offerte da un'azione ambiziosa per il clima al pianeta, all'economia globale e alle persone, oltre all'importanza di garantire una transizione giusta, che non lasci indietro nessuno, verso economie e società sostenibili, resilienti ai cambiamenti climatici e climaticamente neutre. Il Consiglio ha chiesto:

- il rafforzamento collettivo dei contributi determinati a livello nazionale (*Nationally Determined Contributions, NDC*);
- una graduale eliminazione a livello mondiale dei combustibili fossili non soggetti ad abbattimento e il raggiungimento di un picco nel loro consumo in questo decennio;
- un sistema energetico mondiale completa-

11 <https://www.ars.toscana.it/articoli/5230-estate-2024-effetti-del-caldo-su-mortalita-in-toscana-e-italia.html>

12 <https://www.cop28.com/en/>

13 Accordo di Parigi: la via dell'UE verso la neutralità climatica, <https://www.consilium.europa.eu/it/infographics/paris-agreement-eu/>

mente o prevalentemente decarbonizzato negli anni 2030;

- l'eliminazione graduale, il prima possibile, delle sovvenzioni ai combustibili fossili che non affrontano le questioni della povertà energetica o di una transizione giusta;
- un'azione globale al fine di triplicare la capacità di energia rinnovabile installata e raddoppiare il tasso del miglioramento dell'efficienza energetica entro il 2030;
- maggiori sforzi di tutte le parti per integrare l'adattamento ai cambiamenti climatici e la resilienza agli stessi nelle politiche e nei programmi esistenti in tutti i settori opportuni;
- un'intensificazione degli sforzi da parte di tutti i Paesi per mobilitare finanziamenti a sostegno dell'azione per il clima⁽¹⁴⁾.

Tra gli aspetti positivi sottolineati dalla COP28 si segnala l'approvazione di un fondo *loss and damage*, gestito dalla Banca Mondiale, un elemento di giustizia climatica che sarà destinato a compensare parzialmente i danni derivanti dagli effetti del cambiamento climatico nei Paesi economicamente più svantaggiati.

Un altro aspetto importante è stato l'inserimento nel programma della COP28 di una giornata dedicata al tema della salute, un elemento che amplia l'orizzonte della Conferenza inserendo altri soggetti oltre agli specialisti del clima. Una dichiarazione sul clima e la salute è stata firmata da oltre 120 Paesi che si impegnano a promuovere la sostenibilità dei sistemi sanitari attraverso azioni di riduzione delle emissioni di gas serra⁽¹⁵⁾.

Nel quadro dei cambiamenti climatici le città, dove vive la maggior parte degli europei, sono

le aree più esposte e più coinvolte nella protezione dei cittadini e nel miglioramento della resilienza delle società europee contro i crescenti e improvvisi impatti del cambiamento climatico sulle aree urbane.

La relazione dell'Agenzia europea per l'ambiente, "*Urban adaptation in Europe*"⁽¹⁶⁾, mostra quali azioni le città stanno intraprendendo in risposta ai crescenti rischi climatici e cosa sta già funzionando riguardo all'adattamento urbano. È opportuno sottolineare che, oltre alla panoramica sulle azioni intraprese, la relazione rappresenta anche una fonte di informazioni per sostenere le politiche di adattamento al clima a livello urbano.

Tra le azioni adottate dalle città europee per adattarsi ai cambiamenti ci sono la pianificazione urbana e i codici edilizi, gli incentivi economici e le assicurazioni, i sistemi di allarme rapido e le campagne di informazione insieme a novità quali la promozione dell'agricoltura urbana, la creazione di spazi pubblici più vivibili e la protezione del patrimonio culturale.

Molte sono le soluzioni basate sulla natura (*Nature-based solutions*), che hanno come primo obiettivo il raffreddamento delle aree urbane e la ritenzione idrica nelle città delle acque raccolte durante le piogge. Soluzioni che forniscono anche altri benefici, come spazi per la ricreazione e la riduzione dell'inquinamento.

La relazione sottolinea che è necessario gestire il tema dell'adattamento delle città in tutti i settori e a tutti i livelli di *governance* per essere in grado di affrontare gli attuali impatti climatici e proteggere dai prevedibili maggiori rischi futuri.

14 <https://www.consilium.europa.eu/it/meetings/international-summit/2023/12/01-02/>

15 <https://www.epicentro.iss.it/ambiente/cop-28-2023-bilancio>

16 *Urban adaptation in Europe*, <https://www.eea.europa.eu/publications/urban-adaptation-in-europe-what-works>

In Italia, l'Istat, per mappare le diverse situazioni di fragilità dei territori, ha messo a punto un Indice di Fragilità Comunale-IFC⁽¹⁷⁾ che misura l'esposizione dei territori comunali ai rischi di origine naturale e antropica e a condizioni di criticità connesse con le principali caratteristiche demo-sociali della popolazione e del sistema economico-produttivo.

A marzo 2024, l'*European Environment Agency* (EEA) ha pubblicato la *European Climate Risk Assessment* (EUCRA)⁽¹⁸⁾, la prima valutazione europea del rischio climatico che ha confermato che le politiche e le azioni di adattamento dell'Europa non sono ancora sufficienti per fronteggiare i rischi climatici in rapida crescita e che le aree urbane sono particolarmente a rischio di ondate di calore e precipitazioni estreme.

Tra le risposte individuate, quali forme di resilienza rilevanti per l'adattamento urbano e la resilienza sociale all'interno di aree urbane densamente popolate, vengono indicate:

- la ristrutturazione del patrimonio edilizio esistente piuttosto che la demolizione e la nuova costruzione, il riutilizzo e il riciclaggio dei materiali, un orientamento verso la costruzione modulare e l'uso di materiali *bio-based*;
- l'aumento della quantità di elementi naturali integrati per migliorare la biodiversità, i servizi ecosistemici, azioni per mitigare e adattare ai cambiamenti climatici;
- la riduzione della domanda di energia e l'aumento della quota di produzione di energia rinnovabile operando sia attraverso i progressi tecnologici, migliorando l'efficienza

della produzione e dello stoccaggio di energia, sia attraverso il cambiamento dei comportamenti individuali;

- l'aumento della diversità demografica e l'integrazione come un importante obiettivo sociale da perseguire attraverso cambiamenti nell'ambiente costruito. La creazione di edifici usati in modalità mista e la creazione di aree e spazi comuni condivisi al fine di incoraggiare scambi intergenerazionali e interculturali;
- la necessità di concentrarsi sull'accessibilità anche per ridurre le esigenze di mobilità e trasporto attraverso il design;
- l'impiego misto del suolo e degli spazi pubblici multiuso con l'obiettivo di ridurre le esigenze di trasporto individuali (e le emissioni associate e i costi energetici) e aumentare la sicurezza all'interno delle aree pubbliche per pedoni e ciclisti;
- una maggiore digitalizzazione e uso di *big data* e altre tecnologie per migliorare le prestazioni dei servizi e ridurre il consumo di risorse;
- l'aumento dell'impegno della comunità nella co-progettazione degli spazi pubblici e della partecipazione al processo decisionale.

5.2.1. Le Marmot cities

Il tema della salute in tutte le politiche coinvolge evidentemente non solo chi si occupa di sanità in senso stretto ma chiunque intervenga sulla vita quotidiana degli abitanti del pianeta attraverso politiche urbane, ambientali, economiche e industriali. Quindi, occorre disegnare città vivibili ma anche "partecipate", dove le azioni individuate dai pubblici amministratori per ridurre le diseguaglianze e, in particolare, quelle di salute, sono in relazione con le aspirazioni, i *desiderata* e la partecipazione attiva della cittadinanza.

¹⁷ Aggiornato l'indice di fragilità comunale: una nuova dashboard per domini territoriali, <https://www.istat.it/comunicato-stampa/aggiornato-indice-di-fragilita-comunale/>

¹⁸ <https://www.eea.europa.eu/publications/european-climate-risk-assessment>

Dopo un evento di presentazione del maggio 2024⁽¹⁹⁾, nello scorso settembre è stata istituita la rete italiana delle *Marmot cities* per ridurre le disuguaglianze, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Le *Marmot cities* prendono il nome dal ricercatore britannico *Sir Michael Marmot*⁽²⁰⁾, dell'*Institute of Health Equity*, autore del volume "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto", che ha enunciato gli otto principi chiave per ridurre le disuguaglianze di salute:

1. Dai a ogni bambino/a il migliore inizio della vita.
2. Permetti a tutte le persone di massimizzare le proprie capacità e di avere il controllo sulla propria vita.
3. Assicura un lavoro equo per tutti/e.
4. Garantisci standard di vita salutarie a tutti/e.
5. Crea e sviluppa luoghi e comunità salutarie e sostenibili.
6. Rafforza il ruolo e l'impatto della prevenzione delle malattie.
7. Affronta la discriminazione e il razzismo e le loro conseguenze.
8. Persegui la sostenibilità ambientale e l'equità in salute allo stesso momento.

Un progetto che può apparire certamente troppo vasto per le tematiche che si propone di affrontare e gestire ma che vede già coinvolte diverse realtà urbane in attività comuni sotto questi principi⁽²¹⁾.

Lo scopo della "Rete Italiana delle Città per l'Equità della Salute" sarà comune a quello del

network delle cosiddette *Marmot cities* già attive in alcuni Paesi. In virtù dei principi indicati sopra, la richiesta di adesione⁽²²⁾ a questa iniziativa è rivolta a tutti i principali attori che operano a livello territoriale, come le amministrazioni locali, i servizi sanitari e di cura, le organizzazioni che promuovono l'attivismo dei cittadini, le associazioni di volontariato⁽²³⁾, quelle religiose e della comunità, con l'obiettivo di creare una rete per la messa a punto e l'implementazione di strategie contro le disuguaglianze.

Le città diventano in questo modo dei laboratori, «...i luoghi, le istituzioni e gli attori della comunità locale con le loro strutture e processi possono essere il setting "ombrello" sotto cui i principi di Marmot possono passare dalle dichiarazioni ai fatti e diventare esigibili con obiettivi trasparenti e valutabili tramite indicatori innestati negli interventi degli specifici setting (scuola lavoro comunità...). Questo modello potrebbe essere un buon esempio da seguire in Italia nella implementazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione. Secondo il Piano Nazionale della Prevenzione ogni programma predefinito, relativo ad uno specifico setting di intervento, dovrebbe essere disegnato e monitorato mirando a ridurre le disuguaglianze di salute attraverso un approccio di Health Equity Audit - HEA. (...) Anche il Piano Nazionale Cronicità raccomanda che venga sviluppato un pieno dispiegamento della sanità di iniziativa, che è l'approccio più efficace per ridurre le disuguaglianze nella storia e negli esiti delle malattie croniche. Infine, è arrivato il PNRR che con le Case della Comunità e i suoi

19 <https://www.iss.it/documents/20126/0/197D24-1%20Schema.pdf/a6681053-6f2d-10d3-ac39-c05d039ce1bf>

20 Michael Marmot, "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto", 2016, Il Pensiero Scientifico Editore.

21 <https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places>

22 <https://www.iss.it/en/-/nasce-la-rete-italiana-delle-marmot-cities-per-ridurre-le-disuguaglianze-al-via-le-adesioni>

23 Terzjus, "Co-creazione: i cittadini e gli operatori pubblici protagonisti del cambiamento del welfare (e non solo)"; <https://terzjus.it/articoli/co-creazione-i-cittadini-e-gli-operatori-pubblici-protagonisti-del-cambiamento-del-welfare-e-non-solo/>

investimenti in luoghi e innovazioni organizzative e tecnologiche offre una opportunità unica per dispiegare con nuove risorse tutte le azioni previste dai piani di prevenzione e di cronicità in modo integrato con le altre politiche locali, almeno con le cure sociali»⁽²⁴⁾.

Si tratta di un programma ambizioso che trova diversi ambiti per i quali attivarsi. Tra questi si possono individuare i tassi di mortalità evitabile⁽²⁵⁾.

L'Istat nel sintetico documento "100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2024"⁽²⁶⁾ rileva che nel 2021, il tasso di mortalità evitabile (i decessi sotto i 75 anni che potrebbero essere evitati con un'assistenza sanitaria adeguata e stili di vita più salutari) era di 19,2 decessi per 10mila abitanti.

La mortalità evitabile presenta delle forti disuguaglianze territoriali: il Nord-Est ha il tasso di mortalità evitabile più basso, pari a 16,9 decessi per 10mila abitanti, mentre il Mezzogiorno quello più alto, cioè 21,8 decessi ogni 1.000 cittadini. Le differenze territoriali sono più accentuate per la componente della mortalità trattabile che prevenibile. Meccanismi di salute pubblica che possono essere affrontati anche avendo come punti di riferimento gli otto principi chiave individuati per le *Marmot cities*.

24 <https://www.disuguaglianzedisalute.it/le-marmot-cities-quanto-le-citta-si-misurano-con-le-disuguaglianze-di-salute/>

25 La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la mortalità trattabile, cioè la mortalità che potrebbe essere contenuta grazie a una tempestiva prevenzione secondaria e a trattamenti sanitari adeguati (il cui tasso in Italia è pari a 6,4 decessi per 10mila abitanti), e la mortalità prevenibile, che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica (il cui tasso in Italia è pari a 12,8 decessi per 10mila abitanti). Dati tratti da: <https://noi-italia.istat.it/documenti/Noi-Italia-in-breve-2024.pdf>

26 Istat, "Noi Italia in breve. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2024", <https://noi-italia.istat.it/documenti/Noi-Italia-in-breve-2024.pdf>

5.3. Gli adulti di domani

L'Istat rileva al 1° gennaio 2024 una popolazione di giovani (tra i 14 e i 24 anni) di oltre 6,4 milioni⁽²⁷⁾. Questi sono la parte più giovane di quella cosiddetta "Generazione Z" che comprende - per una definizione giornalistica e di marketing - i nati dal 1995 al 2010, detti anche *centennials* perché nati a cavallo del nuovo secolo e "nativi digitali" perché, al contrario delle generazioni precedenti non hanno fatto "un passaggio al" digitale ma sono nati "con il digitale".

Oltre sei milioni di giovani di cui non si sa molto riguardo ai desideri, le aspirazioni, ecc. Di fatto questi giovanissimi sono al centro dell'attenzione mediatica sempre per episodi di cronaca violenti e, spesso, sproporzionati e immotivati (omicidi, *baby gang*, sfide pericolose, ecc.). La cronaca mostra ragazzi diventati insensibili, senza emozioni, con un atteggiamento tra i due sessi molto arretrato e violento, senza coscienza degli effetti che le loro azioni producono sulla realtà. Mentre nelle fasce un po' più grandi si assiste al fenomeno di una sorta di apatia generalizzata che ha come acronimo NEET (*Not in Education, Employment or Training*)⁽²⁸⁾ e che indica la quota di popolazione di età compresa tra i 15 e i 29 anni che non è né occupata, né inserita in un percorso di istruzione o di formazione.

In controtendenza a questa narrazione drammatica sulle nuove generazioni, Openpolis e l'impresa sociale "Con i bambini" hanno stilato il Rapporto "Non sono emergenza"⁽²⁹⁾, una cam-

27 <https://demo.istat.it/>

28 INAPP, "NEET in Europa e nel mondo: 289 milioni di giovani al centro delle sfide del nostro tempo", <https://oa.inapp.gov.it/bitstreams/7392878b-64df-4734-9fb6-7f479716a8ed/download>

29 https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2024/05/CI-B-Numeri-disagio-giovanile_.pdf

pagna promossa nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, per proporre un diverso approccio rispetto al disagio minorile e giovanile. Una visione diversa di questa fascia della società, partendo dai dati, dalle buone pratiche e dall'ascolto diretto dei giovani, con l'intento di fare emergere le dimensioni del fenomeno ma anche per promuovere il protagonismo delle nuove generazioni.

Un protagonismo che si esprime anche attraverso le attività di volontariato che, dopo la crisi della partecipazione sociale in fase Covid, emerge con alcuni segnali che mostrano un aumento dell'impegno degli adolescenti nel volontariato. Infatti, la quota di 14-17enni che ha svolto attività gratuite in questo tipo di associazioni è passata dal 3,9% del 2021 al 6,4% del 2022, fino a sfiorare il 7% nel 2023⁽³⁰⁾. Un dato interessante perché appare in parziale controtendenza non solo rispetto al resto della popolazione, ma anche rispetto a ragazze e ragazzi appena maggiorenni, di poco più grandi.

Il bisogno di socialità è un elemento connaturato alla condizione umana e il dato relativo alle attività di volontariato è ancora più importante a seguito degli effetti prodotti dal periodo pandemico sulla socialità di tutta la popolazione e, in particolare, degli adolescenti che sono stati privati di una stagione di incontri importante nella costruzione del loro essere adulti.

Peraltro, si è molto ridotta la partecipazione alla vita politica di base, così come sono diminuite le situazioni per praticarla, situazioni che per le generazioni precedenti sono state momento di crescita e di scambio di informazioni.

«I giovani, oggi come in passato, mostrano un minore coinvolgimento nella vita politica del Paese (il 40,2 per cento ha svolto almeno un'attività politica nel 2023 rispetto al 55,3 per cento della media generale). Negli ultimi venti anni, la quota di partecipazione politica giovanile è diminuita circa il doppio rispetto alla popolazione di 16 anni e più (...). La televisione, che venti anni fa era fonte di informazione politica per la stragrande maggioranza dei giovani, è stata sorpassata dal web, diventato lo strumento privilegiato di informazione per il 71,0 per cento dei giovani (+20,6 punti percentuali rispetto al 2013), grazie alla diffusione dei *social network* come principale canale informativo (per il 66,7 per cento dei giovani)»⁽³¹⁾.

La rarefazione dei rapporti sociali del periodo Covid ha mostrato come il tema della socialità per i giovani non sia una questione solo teorica, ma un bisogno umano primario, tanto che il diritto al riposo e al tempo libero, e la sua promozione attiva, sono sanciti all'art. 31 dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia⁽³²⁾:

1. Gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo e al tempo libero, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica.
2. Gli Stati parti rispettano e favoriscono il diritto del fanciullo di partecipare pienamente alla vita culturale e artistica e incoraggiano l'organizzazione, in condizioni di uguaglianza, di mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali.

³⁰ Tratto da "Volontariato, l'impegno degli adolescenti", <https://www.conibambini.org/osservatorio/volontariato-limpegno-degli-adolescenti/>

³¹ Istat, Rapporto 2024, Cap. 3, "Le condizioni e la qualità della vita", <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Capitolo-3.pdf>, pag. 138.

³² <https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli/>

Per molti versi la necessità di socialità e dei servizi per esercitarla è simile a quella delle persone anziane: la richiesta di luoghi di aggregazione (campi sportivi, parchi verdi) e mezzi di trasporto pubblici per poter raggiungere un cinema o un amico in un'altra zona della città.

Quello che emerge da alcuni studi esaminati da Openpolis è che l'approccio dei centri di aggregazione giovanile, presenti in diverse città, andrebbe rivisto: la modalità adottata è quasi sempre quella di un'accoglienza improntata alla soluzione di problematiche ed emergenze sottoposte dai giovani in difficoltà, rischiando di connotare questi luoghi per il tipo di accesso e, qualche modo, ghettizzandoli. Al contrario, la richiesta da parte dei giovani e degli adolescenti è quella di luoghi dove crescere e non essere considerati sempre "un problema".

Anche per quanto riguarda il punto di vista normativo, sembra esserci una similitudine con l'approccio adottato per le persone anziane. In entrambi i casi ci si è occupati, in ritardo, dei soggetti (anziani/giovani) solo quando emergono delle criticità: per i giovani le emergenze droga e criminalità⁽³³⁾, per gli anziani con le diverse patologie croniche e la non autosufficienza.

5.3.1. Dipendenze e disagio psichico

Sottolineato il fatto che parlare di giovani vuol dire esaminare un fenomeno con diverse sfaccettature e non significa parlare solo di emergenze, è opportuno, tuttavia, soffermarsi su alcuni aspetti preoccupanti della salute presenti in questa fascia di popolazione.

³³ I primi provvedimenti ad occuparsi di politiche giovanili sono nell'ambito del DPR 309/1990 (testo unico in materia di stupefacenti) e delle Leggi 45/1999 (Fondo nazionale per la lotta alla droga) e 216/1991 (primi interventi in favore dei minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose).

Infatti, negli anni più recenti, si è osservato un peggioramento degli indicatori di salute mentale, in particolare delle ragazze. Già nel 2021, in seguito all'impatto sulle condizioni di vita del contesto pandemico era evidente un peggioramento più pronunciato nel benessere psicologico proprio nelle giovani, e questo è confermato anche dai dati più recenti: nel 2023, l'indice di benessere psicologico scende ulteriormente, da 68,2 nel 2022 a 66,5⁽³⁴⁾.

L'interruzione di tutte le attività educative e scolastiche e le restrizioni dovute alla pandemia di Covid 19 hanno portato cambiamenti nella vita delle famiglie, e dei ragazzi in particolare, che è difficile prevedere quali conseguenze potranno riflettersi a lungo termine sulla salute delle generazioni più giovani. A questo evento definito nel tempo, si aggiungono le tensioni e le crisi a livello globale (guerre, devastazioni climatiche, violenza, ecc.), amplificate dai media, che creano un clima di incertezza sia rispetto al presente, sia rispetto al futuro degli adolescenti. E spesso nel senso di incertezza e di disagio si radicano le dipendenze.

Per sondare quali cambiamenti si stiano verificando presso questa fascia di popolazione, il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità - che da sempre si occupa di monitorare e di raccogliere dati epidemiologici sulle dipendenze per sviluppare programmi di prevenzione e di intervento mirati ed efficaci - ha proposto nel 2021 il progetto "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z. Studi di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e correlazione con percezioni e competenze genitoriali, anche alla luce dell'emergenza pandemica

³⁴ Istat, Rapporto 2024, Cap. 3 "Le condizioni e la qualità della vita", <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Capitolo-3.pdf>, pag. 140.

da COVID-19⁽³⁵⁾ con il sostegno del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

L'obiettivo generale di questo studio è stato quello di stimare la diffusione di alcuni comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze, quali:

- *Social Media Addiction* (SMA), intendendo una dipendenza comportamentale caratterizzata da un bisogno incontrollabile di accedere ad informazioni o veicolare dei contenuti propri verso terzi, in una maniera talmente compulsiva da compromettere gli altri ambiti di vita quotidiana;
- *Internet Gaming Disorder* (IGD), è descritto come l'uso persistente e ricorrente di internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi per un periodo di 12 mesi;
- *Food Addiction* (FA), è definita come un comportamento alimentare che comporta il consumo eccessivo di alimenti specifici (cibi ricchi di sale, grassi e zuccheri) in quantità superiori al reale fabbisogno energetico dell'individuo.

Obiettivo collegato è quello di monitorare la tendenza al ritiro sociale nella popolazione scolastica anche attraverso:

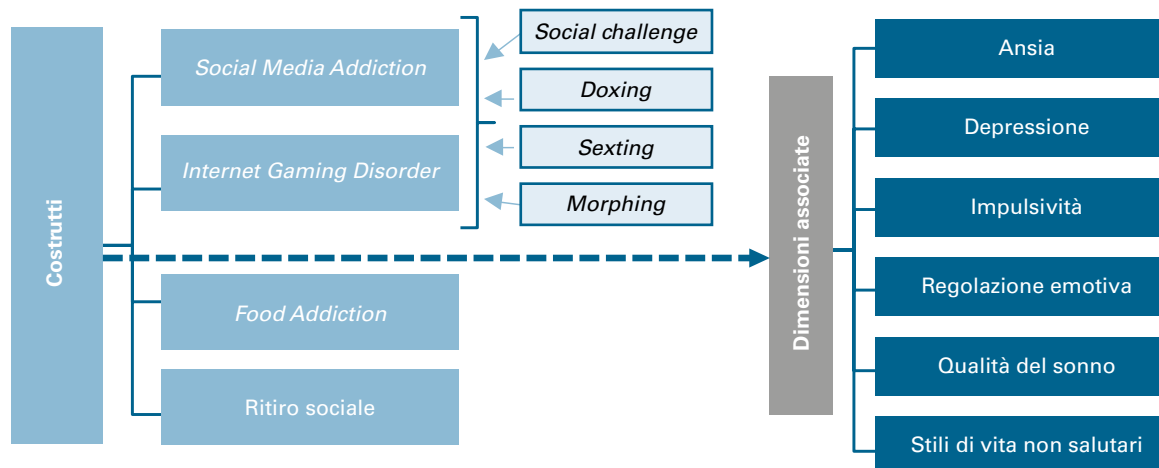
- la stima della prevalenza degli studenti e delle studentesse delle scuole secondarie di I e II grado (11-13 anni e 14-17 anni) che mostrano comportamenti a rischio secondo genere, età e area geografica;
- la descrizione di fattori associati a questi comportamenti compresi i tratti di personalità;

- il confronto dei profili dei ragazzi e delle ragazze nei comportamenti indagati con le percezioni dei loro genitori per comprendere quanto quest'ultimi conoscano i comportamenti dei propri figli e delle proprie figlie.

La ricerca ha riguardato anche il ritiro sociale che nelle forme più estreme colpisce principalmente adolescenti o giovani adulti che vivono a casa dei genitori, chiusi nelle loro camere da letto per giorni, mesi o addirittura anni, isolati dal mondo, rifiutando la comunicazione con l'esterno e, a volte, con la loro famiglia.

Nella pagina che segue, sono riassunti gli elementi essenziali, caratterizzanti i fenomeni emergenti e le dimensioni associate ai costrutti principali, secondo lo schema riportato in Figura 1.

35 Istituto Superiore di Sanità (2023), "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali". A cura di Mortali C., Mastrobattista L., Palmi I., Solimini R., Pacifici R., Pichini S., Minutillo A., Rapporti ISTISAN 23/25.

Figura 1. Costrutti analizzati nel progetto “Dipendenze comportamentali Gen Z” 2022-2023


Fonte: Istituto Superiore di Sanità, 2023

Vengono individuati fenomeni emergenti legati all'utilizzo problematico dei *social media* come:

- le sfide *social* (*social challenge*) che riguardano giochi *online* presentati sotto forma di sfide, nelle quali l'individuo si registra con uno *smartphone* o con una *webcam*, mentre completa una sfida per poi condividere la clip su diversi canali;
- il *doxing*, una forma di *cyberbullismo*, che riguarda la diffusione via internet di dati personali e sensibili senza il consenso dell'altro;
- il *sexting*, termine che unisce la parola sesso (*sex*) e *sms* (*texting*), che riguarda l'invio di messaggi elettronici con delle allusioni a sfondo erotico;
- il *morphing*, che nasce come una tecnica cinematografica e che riguarda la possibilità di trasformare le immagini attraverso *app*, mutandole gradualmente da una forma iniziale ad una di arrivo, con un effetto di trasformazione del tutto credibile e naturale. Questa tecnica viene solitamente utilizzata dai giovani per trasformare le proprie fotografie ed apparire più adulti o più giovani.

Nel protocollo di studio adottato, questi fenomeni sono stati esaminati in relazione ai quattro costrutti principali *Social Media Addiction*, *Internet Gaming Disorder*, *Food Addiction*, *Ritiro sociale* individuando le dimensioni, associate allo sviluppo di comportamenti a rischio di dipendenza, ovvero:

- ansia sociale;
- depressione;
- impulsività;
- regolazione emotiva;
- qualità del sonno;
- stili di vita non salutari (es. consumo di sostanze quali fumo, alcol, cannabis e altre sostanze stupefacenti, ansiolitici, *energy drink* con e senza alcol).

Per realizzare l'indagine, oltre a studi preparatori approfonditi e strumenti di indagine molto accurati⁽³⁶⁾, sono stati somministrati un totale di 10.181 questionari di cui 4.140 nelle scuole se-

³⁶ https://www.iss.it/dipendenze/-/asset_publisher/zwfXwoiZC-6zu/content/dipendenze-comportamentali-nella-generazione-z-online-tutti-i-materiali

condarie di I grado e 6.041 nelle scuole secondarie di II grado.

Per quanto riguarda il campione relativo ai 14-17 anni: il 31,8% è iscritto a un istituto professionale, il 31,1% a un liceo, il 29,4% a un istituto tecnico e il 7,7% a un liceo artistico.

L'indagine restituisce dati se non importanti nelle percentuali, certamente preoccupanti per la diffusione anche nelle fasce più giovani⁽³⁷⁾. Altrettanto preoccupanti sono le relazioni tra alcune forme di *social challenge* particolarmente pericolose e le altre forme di dipendenza.

Un altro aspetto molto importante di questa indagine è il Focus sui genitori, poiché la qualità della relazione tra genitori e figli è fondamentale affinché l'adolescente affronti con successo le sfide che la crescita gli presenta, rafforzando le proprie strategie di adattamento.

Nel contesto attuale i genitori devono destreggiarsi tra comprendere bisogni biologici, emotivi e cognitivi del figlio nella fase dello sviluppo, qual è l'adolescenza (da sempre vista come problematica), ma anche pronti a conoscere il mondo digitale in cui il figlio della Generazione Z è immerso, rischiando di confrontare costantemente la propria adolescenza con la vita in rete dei propri figli e di assumere posizioni estreme tra disinteresse e preoccupazione.

Vengono individuati due atteggiamenti genitoriali non adeguati:

- il fattore di scarsa supervisione (*Poor Monitoring*) si riferisce alla scarsa consapevolezza, attenzione e supervisione da parte dei

genitori rispetto alle attività del proprio figlio nelle differenti aree di vita (amici, scuola e comportamento a casa) e alla mancata comunicazione al figlio che il genitore è preoccupato e consapevole di tali attività;

- il fattore relativo all'efficacia della disciplina (*Ineffective Discipline*) si riferisce all'attuazione di stili genitoriali autoritari o permissivi che sono caratterizzati come alti o bassi nelle due dimensioni genitoriali, ossia esigente e reattiva.

Come è immaginabile, la misura corretta è nell'esercizio equilibrato della disciplina, poiché l'obiettivo di una disciplina efficace nel tempo è promuovere un comportamento accettabile e appropriato per far crescere adulti emotivamente maturi. Un adolescente "disciplinato", in questo senso, è una persona in grado di rimandare il piacere, è rispettosa dei bisogni degli altri, è assertiva senza essere aggressiva o ostile e può tollerare il disagio quando necessario. Atteggiamenti che, come si è visto sopra, spesso vengono meno in situazioni di dipendenza comportamentale.

Autismo

I disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder, ASD*) rappresentano una condizione eterogenea e possono manifestarsi in modo diverso tra le persone e in diverse fasi della vita di ciascuno. Si utilizza la parola spettro proprio per indicare la varietà attraverso cui questo disturbo si manifesta e la relativa variabilità in fatto di gravità.

L'autismo riguarda la sfera del neurosviluppo che coinvolge linguaggio, socialità e comunicazione. Il disturbo è caratte-

³⁷ I risultati della Survey "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z" https://usciredalgioco.iss.it/public-ga/Files/PACIFICI_MORTALI.pdf

rizzato da interessi ristretti e comportamenti ripetitivi. Sono almeno 78 milioni le persone nel mondo che vivono nello spettro. La maggioranza non riesce ad avere accesso ad una appropriata cura (assistenza sanitaria, istruzione e assistenza sociale) basata su valutazioni personalizzate e su prove di evidenza. Per questo motivo, vivere nello spettro è una condizione complessa sia per chi ne soffre che per i familiari. Tutti, quindi, hanno bisogno di interventi multimodali⁽³⁸⁾.

Le cause dell'autismo, oggi, sono ancora sconosciute. La maggioranza dei ricercatori, comunque, è d'accordo nell'affermare che esse possano essere genetiche, ma che alla comparsa di questa patologia concorrano ancora cause neurobiologiche e fattori di rischio ambientali.

I primi sintomi dell'autismo si possono manifestare già prima dei 2 anni e sono estremamente variabili, sia per entità che per gravità. Spesso, però, la diagnosi viene fatta intorno ai 6 anni, quando il bambino inizia a frequentare la scuola e a manifestare le prime difficoltà. Una diagnosi precoce attorno ai 2 anni consentirebbe di poter attivare per tempo interventi terapeutici. L'iter diagnostico prevede il coinvolgimento di diversi professionisti (psichiatri, psicologi, neurologi pediatri e logopedisti) e necessita di una serie di test valutativi. Ogni paziente rappresenta un caso ben distinto e diverso da qualsiasi altro. In generale, i sintomi dell'autismo distintivi e più comuni sono:

- ritardo nello sviluppo del linguaggio;
- ripetizione frequente di parole o frasi;
- monotonia nel suono della voce e mancanza di espressioni facciali;
- ripetizione di movimenti come un dondolio o il battito di mani;
- eccessiva sensibilità a luci intense e suoni acuti;
- disinteresse verso qualsiasi forma di interazione sociale;
- mancanza di emotività;
- tendenza a isolarsi;
- scatti di aggressività improvvisi e senza motivo e tendenza all'invasione;
- sviluppo sopra la norma di potenziale cognitivo, memoria, capacità di calcolo, abilità musicali e matematiche;
- mancanza di coordinazione nei movimenti.

Effettuare una diagnosi accurata è di fondamentale importanza affinché venga definita la terapia più adeguata anche se, non essendo l'autismo una malattia ma piuttosto un insieme di disturbi caratterizzati dalla manifestazione di sintomi e segni, non esiste alcun farmaco capace di curarlo, ma farmaci che possono controllare i sintomi e diverse attività volte a mitigare i disturbi dello spettro autistico, tra cui psicomotricità, logopedia, comunicazione facilitata, ecc.

Ai problemi indicati sopra sulla difficoltà di diagnosi, si sono aggiunti negli anni scorsi quelli derivanti dalle restrizioni dovute alla pandemia. Non a caso l'Istituto Superiore di Sanità già il 2 aprile 2020 - in occasione della Giornata Mondiale della Consapevolezza sull'Autismo (WAAD,

38 <https://www.marionegri.it/magazine/autismo>

World Autism Awareness Day), istituita dall'Assemblea Generale dell'ONU nel 2007 - si preoccupava di fornire alcune prime indicazioni per gestire gli effetti del *lockdown*⁽³⁹⁾. È stato necessario un grande lavoro per recuperare situazioni regredite a causa dell'interruzione di determinati servizi.

L'autismo è una patologia che coinvolge un sistema di servizi che vanno dal sanitario, alla scuola, alla riabilitazione, al sociale, ecc. È, per certi versi, una patologia paradigmatica della necessità che una eterogenea tipologia di servizi interagisca e si confronti sui bisogni dell'individuo autistico lungo tutto l'arco della vita, compreso quello delle attività legate al "Dopo di noi", progetto nato proprio sulla spinta di una coppia di genitori di un ragazzo autistico nei primi anni '90 a Milano che si interrogava sul futuro dello stesso quando loro sarebbero venuti a mancare, divenuto legge nazionale nel 2016⁽⁴⁰⁾.

39 "COVID-19 e autismo: le indicazioni dell'ISS per prevenire il disagio legato all'epidemia", ISS, 2 aprile 2020, https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/covid-19-e-autismo-le-indicazioni-dell-iss-per-prevenire-il-disagio-legato-all-epidemia

40 Legge 22 giugno 2016, n. 112, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2016-06-22;112!vig=2023-01-31>

5.4. Gli anziani di oggi e i centenari di domani: strategie per l'invecchiamento attivo

Secondo gli ultimi dati Istat⁽⁴¹⁾, al 1° gennaio 2024 i centenari residenti in Italia sono 22.552, di cui l'81% è donna. Considerando che al 1° gennaio 2014 i centenari erano 17.252, la crescita nell'ultimo decennio è stata di oltre il 30%.

Sempre all'inizio del 2024, i cosiddetti semi-supercentenari, ossia gli individui con almeno 105 anni di età, sono 677 (di cui l'89% donne), in diminuzione rispetto ai 1.047 individui rilevati nel 2020. Tale calo è spiegabile da una ragione di carattere strutturale: negli ultimi quattro anni sono entrati progressivamente nella classe di età degli *over 105enni* i superstiti delle generazioni nate negli anni del primo conflitto mondiale, contraddistinti da una natalità contingentemente più bassa.

I supercentenari, infine, ossia i residenti che hanno raggiunto e superato i 110 anni, sono 20 donne e 1 uomo, a conferma di una maggiore longevità femminile.

Ovviamente il fenomeno dei centenari in Italia è solo la punta di un iceberg che riguarda, come è noto, una moltitudine di *over 65enni*.

A rendere questa fascia di popolazione così ampia concorrono la presenza di un servizio sanitario universalistico che ha aumentato la longevità di quanti sono nati durante gli anni '50 e '60 (anni del *baby boom*) e, nei decenni successivi, una fecondità costantemente bassa che ha creato - e sempre più creerà - uno squilibrio tra le nuove (ridotte) generazioni e le vecchie.

41 https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/11/STAT-TODAY_CENTENARI-2024.pdf

Oggi il Paese presenta la seguente articolazione per età: il 12% degli individui ha fino a 14 anni di età; il 64% tra 15 e 64 anni; il 24% dai 65 anni di età in su. L'età media, nel frattempo, si è portata a 46,4 anni e ciò colloca l'Italia, subito dopo il Giappone, tra i *leader* mondiali sul versante della transizione demografica, insieme ad altri Paesi dell'area mediterranea (Portogallo, Grecia, Spagna) e alla Germania⁽⁴²⁾.

Pertanto, ciò che preoccupa, pensando alla tenuta del sistema di *welfare*, non è tanto l'attuale presenza di qualche migliaio di centenari (che, peraltro, sono stati tra quelli meno colpiti dagli effetti del Covid) quanto le previsioni Istat⁽⁴³⁾ al 2050 quando le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,5% del totale con una significativa crescita anche della popolazione di 85 anni e più, ovvero quella all'interno della quale si concentrerà nel 2050 una più importante quota di individui fragili, dal 3,8% nel 2023 al 7,2%.

Secondo le proiezioni Istat⁽⁴⁴⁾ sulla struttura demografica italiana al 2043, la quota di giovani tra i 25 e i 29 anni che vivranno con almeno un genitore sarà pari al 63% (ora è al 64%), il numero medio di componenti per famiglia sarà pari a 2,08 (ora è 2,25) e le persone di almeno 75 anni destinate a vivere da sole cresceranno di 1,2 milioni rispetto al 2023, raggiungendo quota 4,1 milioni. Sono dati che forniscono informazioni inquietanti sul futuro di chi, in questo momento, è in forze e sarà tra le fila degli anziani nel 2043 ma anche (e forse di più) per chi, invece, avrà 25 anni nello stesso periodo circondato da una popolazione anziana.

42 Istat (2023), "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie", https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Previsioni-popolazione-famiglie_2023.pdf

43 Ib.

44 Ib.

In prima battuta ci si dovrebbe chiedere: come saranno gli oltre 4 milioni di *over 75enni* che, seguendo un trend attuale, vivranno soli nel 2043? Come sarà il loro stato di salute, la loro capacità di muoversi, di comunicare, di intrattenere relazioni e godere di una vita possibilmente autonoma ancorché in solitudine?

Ciò che si sta realizzando in termini di DM 77 sarà pronto e adeguato alle necessità di presa in carico di una massa tanto importante di popolazione?

Si sarà riusciti a dissolvere e integrare i "silos" di informazioni, di approcci e di modelli organizzativi che operano al livello territoriale e che rendono l'approccio alla presa in carico del paziente sempre estremamente frammentato?

Si sarà riusciti a creare una medicina di iniziativa attiva e in grado di monitorare le condizioni di salute di una popolazione così vasta? Ci saranno modelli organizzativi capaci di "entrare nel quotidiano" del cittadino per verificare che certe prescrizioni vengano seguite, che la terapia venga assunta, che, insomma, si riescano ad intercettare quegli eventi sentinella che sono anticipatori di una condizione critica e di un accesso in pronto soccorso?

E, infine, ci sarà una effettiva e concreta integrazione sociosanitaria (senza trattino) in grado di seguire le esigenze di un tipo di popolazione che non ha solo il problema, ad esempio, del diabete? Sarà possibile garantire un monitoraggio rispetto al fatto che questa popolazione deve avere occasioni di relazioni, avere un livello di benessere economico adeguato, vivere in uno stato di sicurezza o, quantomeno, senza essere preda costante di incertezze a tutti i livelli della vita quotidiana? In sostanza, rispondere alle famose "S" che contraddistinguono il

benessere delle persone anziane (e non solo): Salute, Socialità, Soldi (sicurezza economica).

A queste domande, al momento, non è possibile rispondere. È vero che ci sono valide esperienze, progetti di tutto rispetto, buone pratiche. Ma il passaggio dalla “buona pratica” allo standard diffuso è cosa lunga e complessa.

Tuttavia, qualcosa si può fare e si sta già facendo (a macchia di leopardo ma c'è) per procrastinare l'insorgere delle patologie croniche o gestirle in modo da evitare che si aggravino degradando la qualità della vita e costringendo ad evitabili accessi ospedalieri. È in questo senso che si parla di invecchiamento attivo, definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 come «il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano»⁽⁴⁵⁾.

Ormai esistono numerosi studi che testimoniano il legame esistente tra l'invecchiare in maniera attiva, diventando “attori” della propria salute (*active ageing*) per raggiungere i benefici sulla salute fisica e psicologica, come la percezione di una maggiore qualità della vita (*healthy ageing*).

Dal 2002, anno della Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento di Madrid nel 2002 che diede il via al Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento (MIPAA) si sono succedute diverse iniziative internazionali come la creazione del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'Invecchiamento Attivo e in Buona Salute (EIPAHA) nel 2011; la designazione del 2012 come anno europeo dell'invecchiamento

attivo; lo sviluppo e il lancio, nello stesso anno, dell'Indice di Invecchiamento Attivo, voluto da Commissione europea e Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite (UNECE), al fine di poter misurare il livello di invecchiamento attivo in un dato contesto geografico in base a una serie di indicatori selezionati.

Fino ad arrivare a questo 2024 di presidenza italiana del G7 in cui si sono tenuti due eventi, in particolare, dove il tema dell'età anziana⁽⁴⁶⁾ e dell'invecchiamento attivo⁽⁴⁷⁾ hanno avuto spazio.

Negli anni il tema dell'invecchiamento attivo è entrato non solo nel linguaggio comune, ma anche in alcune norme *ad hoc*. In Italia, con il Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”⁽⁴⁸⁾, si definiscono alcuni aspetti delle politiche in favore delle persone anziane riconducibili ad un approccio che mira a mantenere/manutenere condizioni di buona salute, coerentemente con l'età.

Nel Decreto vengono affrontati numerosi aspetti dell'età anziana, dall'accesso ai servizi, al monitoraggio, ai rapporti con l'INPS per indennità o altro.

46 G7 Ancona - <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioEventiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=663>

47 G7 Genova - <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioEventiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=658>

48 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024;029>. Sullo schema di decreto legislativo non è stata raggiunta l'intesa da parte della Conferenza unificata nella seduta del 29 febbraio 2024, poiché le Regioni Emilia-Romagna, Puglia, Campania e Toscana hanno ritenuto non sussistenti i relativi presupposti non solo per la mancata previsione di risorse finanziarie aggiuntive e strutturali, ma anche per l'impianto complessivo del provvedimento.

45 WHO (2002), “Active Ageing. A Policy Framework” https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Di seguito, molto sinteticamente, alcuni tratti che possono essere individuati rispetto al vivere una quotidianità in salute (al di là delle prescrizioni riguardo all'organizzazione dei servizi sanitari).

L'art. 3 segnala il ruolo del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) nell'elaborazione delle politiche attive per le persone anziane e, previa intesa in sede di Conferenza unificata, tenuto conto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) vigenti, nella redazione del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo. Inoltre, il CIPA individua i criteri volti a garantire l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli interventi, dei progetti e dei servizi, assicurandone a livello regionale e locale l'omogenea e uniforme applicazione; garantisce il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo ai soggetti fragili e non autosufficienti, avvalendosi anche della collaborazione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).

L'art. 4 indica le misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane, per le quali il Ministero della Salute dovrà realizzare periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione, in coerenza con il Piano nazionale della prevenzione (PNP), il Piano nazionale di promozione vaccinale (PNPV), il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, nonché con il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana.

L'art. 5 prevede misure per la promozione della salute delle persone anziane da attuare nei luo-

ghi di lavoro, al fine di consentire un invecchiamento sano e attivo dei lavoratori.

L'art. 9 prevede misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane.

L'art. 10 prevede che nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA) siano assicurate alle persone anziane l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e socio-sanitari, nonché la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale anche in favore delle persone anziane autosufficienti, in funzione dell'individuazione dei fabbisogni di assistenza.

L'art. 12 prevede, nel triennio 2024-2026, nuove misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva a favore della popolazione anziana attraverso iniziative e progetti di competenza del Ministro per lo Sport e i Giovani.

L'art. 13 individua misure per incentivare la relazione tra le persone anziane e gli animali da affezione.

L'art. 15 prevede che il CIPA, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, predisponga linee guida volte a definire le caratteristiche ed i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing* intergenerazionale).

L'art. 20 riguarda la «promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane», con l'obiettivo di favo-

rire l'invecchiamento attivo, l'autonomia delle persone fragili e la loro dignità.

L'art. 22, nell'individuare i LEPS prevede che questi siano attuati in via graduale e progressiva, nei limiti delle risorse disponibili e siano erogati dagli ATS nelle seguenti aree:

- assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;
- servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;
- servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

5.4.1. Il movimento

Che il movimento sia una delle azioni più importanti a tutte le età per mantenersi in forma, sia da un punto fisico, sia da un punto di vista psichico, è cosa assodata da decenni. Che questo sia diventato una delle pratiche principali per chi si avvicina all'età anziana è una cosa relativamente recente ma molto diffusa. Per capire le dimensioni del fenomeno è sufficiente digitare "anziani, movimento" su un motore di ricerca per vedere comparire oltre 300mila pagine che illustrano i benefici, palestre offrono corsi per gli anziani e per chi si propone di accompagnarli in qualità di *trainer*, gruppi di cammino con appuntamenti, video su specifici movimenti di recupero, pagine di ASL che invitano al movimento e propongono Attività Fisica Adattata, ecc.

Un mondo che è emerso con forza dopo il periodo di restrizioni da Covid che avevano costretto tutti a restare in casa e che avevano determinato, in particolare nella popolazione anziana, una riduzione della mobilità e, successivamente, la necessità di recuperare la capacità di muover-

si in spazi più ampi che non fossero la propria abitazione.

Nel corso del terzo appuntamento degli "Stati Generali dell'invecchiamento attivo - Longevità: Conquista, Rischi e Opportunità", tenutosi a Roma lo scorso 2 ottobre, è stato presentato il "Libro bianco sull'attività fisica per l'invecchiamento in salute"⁽⁴⁹⁾.

Il testo raccoglie l'esperienza dei membri dell'Alleanza *Happy Ageing* (associazioni, società scientifiche, sindacati, comuni e aziende sanitarie)⁽⁵⁰⁾ in questo ambito al fine di approfondire il problema complesso delle ripercussioni dell'inattività fisica e della sedentarietà sulla salute degli anziani. Redatto da un *team* di specialisti con esperienza diretta nella gestione di programmi di attività fisica per gli anziani, presta particolare attenzione anche alle categorie più svantaggiate, come quelle in condizione di fragilità, cronicità e disabilità.

All'interno del documento viene anche interpretato il punto di vista degli utenti attraverso le barriere personali e ambientali che ostacolano la diffusione di tali programmi e vengono proposte soluzioni concrete.

Le soluzioni indicate, come previsto dalle direttive degli enti regolatori internazionali e nazionali, promuovono un coinvolgimento multilivello tra società civile, singoli cittadini, istituzioni governative, regionali e locali e aziende private.

Queste soluzioni hanno però il valore aggiunto di tenere conto dell'esperienza diretta e dei risultati di sperimentazioni innovative condotte

⁴⁹ <https://www.happyageing.it/wp-content/uploads/2024/09/Libro-Bianco-attivita-fisica-invecchiamento-in-salute.pdf>

⁵⁰ <https://www.happyageing.it/lalleanza/>

con successo in diverse regioni italiane in termini di miglioramento dell'accesso, della gestione, dell'organizzazione generale e del monitoraggio dei percorsi di attività fisica. Una sorta di modellizzazione del possibile intervento da replicare tenendo conto degli ostacoli e delle facilitazioni che possono concorrere al successo della soluzione individuata.

Inoltre, nell'ambito delle iniziative suggerite, è stato ritenuto importante pensare di affidare ai Dipartimenti delle aziende sanitarie, in sinergia con le Direzioni regionali Salute, i comuni e le Università, il ruolo cruciale di "cabina di regia" sanitaria dei percorsi di attività fisica e di interlocutori qualificati per tutti gli attori che a vario titolo sono coinvolti. In questo senso, tali percorsi vanno oltre la visione sanitaria, per toccare aspetti socio-sanitari, "di comunità", nell'ottica della Strategia dell'OMS di "Salute in tutte le politiche" e dell'approccio *One Health*.

5.4.2. L'aderenza terapeutica

Secondo l'Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA, per aderenza alla terapia si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

Per diversi motivi la popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie e più terapie da assumere. Pertanto, poiché l'Italia ha un indice di vecchiaia molto alto - e questo è anche frutto della possibilità offerta a tutti dal SSN di potersi curare assumendo i farmaci prescritti - ne deriva che a un numero elevato di malati cronici, la mancata aderenza alle terapie corrisponde, tra le altre conseguenze, a un peso importante sull'assistenza sanitaria e sulla sostenibilità del SSN.

Per contro, una maggiore aderenza significa un rischio minore di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie⁽⁵¹⁾.

Infatti, non assumere un farmaco in maniera costante per una patologia cronica, per esempio per lo scompenso cardiaco, significa dover ricorrere con molte probabilità ad ospedalizzazione. E, nel caso specifico, si tratta di una delle patologie a maggiore impatto dal punto di vista della numerosità della casistica con 130mila ricoveri nel 2023⁽⁵²⁾.

I dati Istat nella Tabella a seguire rappresentano una situazione molto diffusa, tra le fasce d'età *over 65*, per quanto riguarda la presenza di una o più patologie croniche e, quindi, della necessità di assumere farmaci periodicamente e in maniera persistente nel tempo per evitare che - in caso di interruzione o di cattiva gestione del farmaco - la patologia prenda il sopravvento acutizzandosi.

51 Italia Longeva (2021), "L'aderenza nella governance della long-term care: proposta di indicatore sintetico", https://italialongeva.it/wp-content/uploads/2021/02/Scheda-di-sintesi_Expert-Opinion-Paper_Italia-Longeva_Aderenza.pdf

52 Agenas (2024), Programma Nazionale Esiti - PNE, https://www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/pne24/Agenas_PNE-2024_web.pdf

Tabella 1. Numero di persone in Italia in buona salute o con malattie croniche, per 100 persone della stessa classe di età, 2023

Classe di età	Persone in buona salute	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche	Persone con malattie croniche in buona salute	Malati cronici affetti da...										
					diabete	ipertensione	bronchite cronica	artrosi/ artrite	osteoporosi	malattie del cuore	malattie allergiche	disturbi nervosi	ulcera gastrica o duodenale		
0-14 anni	95,0	7,1	1,4	778	0,6	0,0	1,9	0,3	0,0	0,6	5,1	0,6	0,0		
15-17 anni	93,4	14,8	1,9	84,7	0,6	0,0	2,4	0,5	0,2	0,2	10,9	1,9	0,2		
18-19 anni	87,2	15,0	2,4	72,7	0,5	0,0	2,6	0,5	0,2	0,5	11,0	1,3	0,2		
20-24 anni	86,9	18,0	4,4	79,2	1,2	1,4	4,3	1,4	0,9	1,6	12,9	2,2	1,1		
25-34 anni	85,7	19,5	3,9	67,2	0,7	1,6	3,1	1,7	0,4	0,7	13,2	2,2	0,6		
35-44 anni	80,7	22,3	5,5	61,3	1,7	3,9	3,9	3,4	0,9	1,1	11,6	1,8	1,2		
45-54 anni	70,7	35,4	12,5	50,1	3,1	12,5	5,2	8,0	3,1	2,0	12,3	3,9	2,0		
55-59 anni	62,6	51,6	21,4	46,5	5,9	24,5	5,0	15,8	6,3	3,7	12,6	3,6	2,8		
60-64 anni	56,3	61,5	30,1	43,8	8,4	33,2	7,4	21,5	9,3	5,4	11,8	4,9	2,8		
65-74 anni	46,4	73,5	47,0	36,7	15,5	43,2	10,0	33,3	17,4	9,4	10,8	7,5	3,6		
75 anni e più	29,4	85,1	64,3	24,1	20,0	55,7	14,9	48,5	30,7	14,8	9,9	14,8	4,4		
Italia	68,7	40,5	20,8	42,9	6,3	18,9	6,1	14,6	7,7	4,3	10,9	4,7	2,0		

Fonte: Istat, 2024



La mancata adesione alla terapia può avere diverse motivazioni, soprattutto se il soggetto che deve assumere i farmaci è una persona anziana.

Perché ci sia adesione alla terapia è necessario, in prima battuta, che ci sia stata al momento della prescrizione - ma anche successivamente in fase di *follow up* - una corretta comunicazione tra medico e paziente ed un'elevata spinta motivazionale alla terapia da parte di quest'ultimo, avendo cura di ripetere questa fase nel tempo perché spesso si tende a "saltare" o a interrompere del tutto le terapie prescritte.

Un'altra motivazione, considerato l'elevato numero di persone anziane che vivono da sole, è la perdita di memoria o la depressione: se non c'è qualcuno o qualcosa che lo ricorda, si tende a dimenticare, a saltare la terapia.

Un altro aspetto, specie nelle aree interne, nei comuni sotto i 2.000 abitanti, è la lontananza dal medico di famiglia o dalla farmacia che può interrompere l'acquisizione del farmaco in modo continuativo.

Infine, non è raro che di fronte a più patologie croniche e a un numero rilevante di farmaci da prendere nel corso della giornata (politerapie), il paziente operi una sua selezione su cosa prendere e cosa no, magari sulla base di una selezione "autonoma" riguardo agli effetti indesiderati⁽⁵³⁾.

Per comprendere l'importanza dell'aderenza terapeutica va ricordato nell'ultimo Piano Nazionale Esiti⁽⁵⁴⁾, riguardo alla valutazione del territorio

che è stato utilizzato ancora un approccio misto per l'individuazione delle unità territoriali di analisi. Tale modalità predilige il maggior livello di dettaglio disponibile, corrispondente, nella maggior parte dei casi, all'azienda sanitaria territoriale, responsabile delle funzioni di promozione e tutela della salute individuale e collettiva della popolazione residente o presente nel proprio ambito territoriale. Tuttavia, questo approccio ha il limite di una valutazione territoriale incentrata su misure "ospedaliere" (ospedalizzazioni "evitabili"), da cui possono venire solo indicazioni indirette e orientative sulla qualità delle cure primarie e dell'assistenza distrettuale. Pertanto, il PNE si propone di sviluppare indicatori diretti di valutazione comparativa di esito dell'assistenza territoriale, anche allo scopo di monitorare lo stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale avviata dal PNRR e di valutarne l'impatto rispetto all'implementazione degli standard definiti dal DM 77/2022. A tal fine, AGENAS intende procedere all'analisi dei flussi informativi interconnessi che permetterebbe di valutare ulteriori dimensioni di analisi, consentendo il monitoraggio di diversi aspetti del percorso assistenziale, quali, ad esempio, l'aderenza alla terapia farmacologica, poiché una corretta gestione clinica dei pazienti a livello territoriale permette di ridurre la progressione della patologia e di evitare il ricorso all'ospedalizzazione.

Come immaginare un sistema che riesca a monitorare e "ricordare" l'assunzione dei farmaci a milioni di anziani soli soprattutto in aree dove non è possibile attivare reti di vicinato o la farmacia è troppo distante per essere un punto di riferimento e di servizio coinvolgibile?

In molti casi viene incontro la tecnologia con appositi dispositivi, quando il soggetto in que-

⁵³ A tale proposito si parla di *riconciliazione farmacologica*: verificare i farmaci che devono essere assunti, eventuali interazioni e, dove possibile, ridurre, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2354_allegato.pdf

⁵⁴ AGENAS (2024), *Programma Nazionale Esiti - PNE*, https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2024.pdf

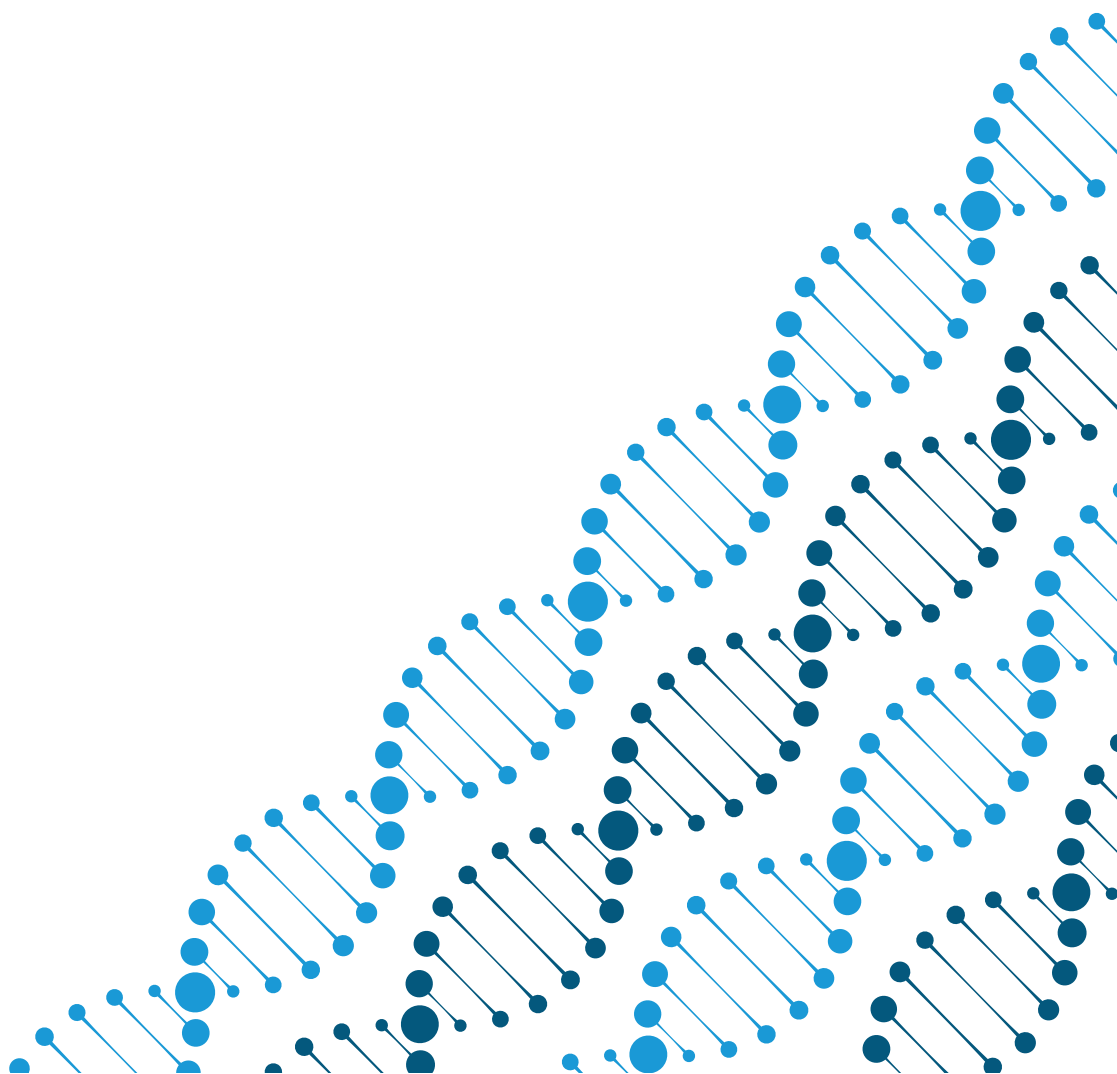
[pne_report_2024.pdf](https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2024.pdf)

stione ha un discreto grado di confidenza con gli stessi. Per il resto, per le persone più anziane e poco disponibili a gestire autonomamente la propria “agenda-farmaci” attraverso uno strumento tecnologico, non resta che il contatto umano: la telefonata o la verifica attraverso eventuali erogatori di servizi domiciliari.

In passato sono stati sperimentati interventi⁽⁵⁵⁾ presso il Distretto o in collaborazione con l’Ambito sociale dedicando un professionista a telefonate quotidiane ai cittadini soli. Questo “investimento”, oltre a verificare l’assunzione del farmaco, ha consentito di interagire con la persona valutando il suo stato d’animo, di verificare il passaggio e le eventuali prescrizioni da parte del medico di famiglia, di verificare il livello di gradimento dell’eventuale intervento in assistenza domiciliare integrata da parte del Distretto o in servizio di assistenza domiciliare da parte dei servizi sociali del comune.

55 Progetto CCM “Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l’integrazione tra azienda ospedaliera e territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo”, 2013, <https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=programmi/2013/integrazione-ospedale-territorio-persona-cronicita&idP=740>

Conclusioni





Il cantante Bob Dylan, premio Nobel per la letteratura, nel 1964 cantava:

*«Venite intorno gente
Dovunque voi vaghiate
E ammettete che le acque
Attorno a voi stanno crescendo
Ed accettate che presto sarete inzuppati fino
all'osso
E se il vostro tempo per voi
Vale la pena di essere salvato
Fareste meglio ad incominciare a nuotare
O affonderete come pietre
Perché i tempi stanno cambiando»⁽¹⁾*

Questi versi sono un invito a guardarsi intorno, a prendere atto dei cambiamenti e a fare subito qualcosa per non essere sopraffatti dalle acque che salgono.

I cambiamenti più importanti di quegli anni '60 - che hanno influenzato i decenni successivi - erano soprattutto di natura culturale ed erano

guidati da una popolazione giovane che non si riconosceva più nelle regole fissate dalle generazioni precedenti.

L'incitazione a nuotare e il pericolo di affogare era, in senso metaforico, rivolto a chi non capiva, o non voleva capire, che la realtà per come si conosceva fino a quel momento stava cambiando: di lì a qualche anno l'uomo sarebbe andato sulla luna, la maggior parte dei Paesi colonizzati avrebbe raggiunto l'indipendenza, i rapporti tra uomo e donna (in Occidente) sarebbero stati rivoluzionati, ecc.

Certamente c'erano guerre in atto e carestie in diverse parti del mondo ma la visione del futuro e la spinta a cambiare le cose era assolutamente forte e decisa così come i *leader* che le incarnavano.

A 60 anni di distanza l'incitazione a nuotare, alla luce dei recenti disastri dovuti al cambiamento climatico, ha un significato tristemente concreto. I tempi stanno cambiando, e forse anche più velocemente di 60 anni fa, ma con una capacità molto più lenta e opaca nell'adeguarsi al nuovo che avanza e nella capacità di (voler) trovare soluzioni.

¹ Bob Dylan, "The Times They Are A-Changin'", 1964, <https://lyrics.lyricfind.com/lyrics/bob-dylan-the-times-they-are-a-changin>.

Così, gli ammonimenti sul clima acquistano forma quando le immagini delle strade di Valencia sono piene di automobili una sull'altra e non si tratta di un'installazione o di un effetto creato con l'intelligenza artificiale ma è la conseguenza della forza delle acque e del fango.

Le informazioni sulle prospettive demografiche ed epidemiologiche sono note da anni grazie al lavoro dell'Istat. Ma le percentuali in crescita abbandonano la loro astrattezza solo quando diventano persone anziane che riempiono i pronto soccorso durante il periodo invernale e influenzale o si intuisce il disastro che possono provocare le ondate di calore nelle città per queste persone fragili. Peraltro, le stesse "astratte" percentuali Istat già oggi dicono che quasi la metà degli *over 65enni* vive una condizione di solitudine quotidiana, condizione che si prefigura come una questione di salute pubblica per le implicazioni negative che comporta.

Gli ultimi decenni hanno reso la medicina, e la chirurgia in particolare, capaci di "miracoli" e l'ospedale un luogo di alta specializzazione. Una specializzazione e una capacità tecnologica che anche le strutture sul territorio avrebbero dovuto acquisire per consentire che le cure erogate e i monitoraggi effettuati sulle stesse cure siano in grado di evitare i ricoveri impropri in pronto soccorso a molti anziani che soffrono di più patologie croniche. Eppure, nonostante le risorse dedicate del PNRR, questo è un processo che fatica a consolidarsi, che non riesce a legittimare le strutture - che pure ci sono - sul territorio rispetto ad una posizione di superiorità in immagine e sicurezza che l'ospedale continua ad avere.

Per quanto riguarda i giovani, quelli che 60 anni fa guidavano il cambiamento, sembra che alcune situazioni di estraniamento rispetto alla realtà - già percepibili durante la pandemia - siano

diventate palpabili e tristemente diffuse. Dipendenze tecnologiche e di altro tipo sembrano tenere lontane le menti dei più giovani. Una calma piatta interrotta tragicamente da qualche atto inspiegabilmente violento.

Ma forse non è come sembra, forse quello che manca sono guide, maestri, punti di riferimento solidi. Forse quello che questa sempre più ridotta fascia di popolazione chiede, la curiosità che si percepisce riguardo alla presenza in alcuni eventi, è la necessità di concretezza e di condivisione dopo tanta apparenza e immagine a tutti i costi.

I tempi stanno cambiando e si parla di transizione in ogni area del nostro quotidiano, ma l'impressione è che si continui ad impostare tutto nello stesso modo o, per dirla con le parole del sociologo Giuseppe De Rita, a tralasciare: «Oggi siamo di fronte a uno strano paradosso: viviamo in una società decisamente soggettivista, ma con soggetti deboli; fortemente individualista, ma con scarsa forza di affermazione individuale; una società egoista ma composta da ego fragili. Siamo tutti consapevoli della crescente pervasività dell'indifferenza nel mondo: indifferenza verso gli altri, verso l'ambiente (tutti si lamentano, ma poi nessuno vuol rinunciare al suo stile di vita); eppure, quella stessa indifferenza, la stessa che si prova, sembra poi rivolta anche verso se stesso. Per questo motivo vince sempre più il tralasciare, la rinuncia alla sfida, allo sforzo e alla competizione; in termini dottrinali verrebbe da dire che oggi più che del peccato dovuto a "pensieri, parole e opere" dovremmo preoccuparci del peccato di "omissione"»⁽²⁾.

² Indagine CENSIS a 50 anni dal convegno diocesano su "I mali di Roma" del febbraio '74, "La tentazione del tralasciare," <https://www.censis.it/territorio-e-reti/undicesimo-non-tralasciare>

Il peccato di omissione citato sopra fa parte di quelle modalità di intervento che vedono sempre una parte rispetto al tutto, di quegli atteggiamenti votati a “coltivare il proprio giardino”. Questo mentre oggi c’è una grande necessità di collegare, di mettere in rete, di valutare gli effetti di ogni azione sulle altre (e non a caso si parla di *One Health*). Una valutazione che, ad esempio, dovrebbe guidare se e cosa tagliare quando si parla di spese in ambito sociale: alcune, all’apparenza superflue perché legate alla socialità, sono, invece, determinanti per salvaguardare lo stato psichico e per rallentare il decadimento cognitivo della moltitudine di persone anziane.

Il PNRR è stato pensato con Missioni, Componenti, Misure, ecc. che devono intersecarsi. Ma tutto questo lavoro, in assenza di un contesto comune, rischia di diventare una miriade di progetti a rischio di continuità e sostenibilità futura.

Il quadro che, in conclusione, offre il Rapporto non è particolarmente denso di elementi positivi. Non lo è la realtà che ci circonda. Ma, come sempre - nonostante alcune emergenze evidenti - tutto è ancora nelle mani dei decisori e dei singoli cittadini per provare ad invertire alcune tendenze.

Per questo è necessario non “tralasciare”⁽³⁾ ma tornare a dominare con intelligenza gli avvenimenti⁽⁴⁾ padroneggiando la realtà e il proprio futuro con attenzione e cura, evitando di essere sopraffatti da ciò che non viene intelligentemente governato.

3 *Id.*

4 La frase “in aderenza alla realtà e per dominare con intelligenza gli avvenimenti” è contenuta nell’articolo di Aldo Moro trovato in via Fani il giorno del rapimento. Gli scritti sono stati raccolti in Moro A., “L’intelligenza e gli avvenimenti. Testi 1959-1978”, Garzanti Editore, 1979.



Appendice

Elenco dei servizi sociali o interventi offerti dai comuni

- Servizio sociale professionale
- Intermediazione abitativa / assegnazione alloggi
- Servizio per l'affidamento familiare
- Servizio per l'adozione minori
- Servizio di mediazione familiare
- Centri anti violenza
- Attività di sostegno alla genitorialità
- Altre attività di servizio sociale professionale
- Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
- Attività ricreative, sociali, culturali
- Servizio di mediazione culturale
- Servizio di residenza anagrafica per persone senza dimora
- Altre attività di integrazione sociale
- Sostegno socio-educativo scolastico
- Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare
- Sostegno all'inserimento lavorativo
- Inserimento lavorativo per persone con disagio mentale
- Inserimento lavorativo per persone senza dimora
- Altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale
- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
- Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario
- Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
- Telesoccorso e teleassistenza
- Servizi di prossimità (buon vicinato)
- Altri interventi di assistenza domiciliare
- Mensa
- Trasporto sociale
- Distribuzione beni di prima necessità
- Servizi per l'igiene personale
- Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)
- Pronto intervento per persone senza dimora
- Servizi di mediazione sociale
- Segretariato sociale / porta unitaria per l'accesso ai servizi
- Contributi per servizi alla persona
- Contributi per cure o prestazioni sanitarie
- Contributi per servizio trasporto
- Contributi per l'inserimento lavorativo
- Contributi per l'affido familiare
- Contributi e integrazioni a retta per centri diurni
- Contributi e integrazioni a retta per nidi
- Contributi e integrazioni a retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia

- Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali
- Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali
- Buoni spesa o buoni pasto
- Contributi economici per i servizi scolastici
- Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)
- Contributi per alloggio
- Contributi a integrazione del reddito familiare
- Contributi per il disagio mentale
- Contributi per persone senza dimora
- Spese funerarie per cittadini a basso reddito
- Altri contributi economici
- Nidi e sezioni primavera
- Servizi integrativi per la prima infanzia
- Centri diurni
- Centri diurni estivi
- Ludoteche / laboratori
- Centri di aggregazione / sociali
- Centri per le famiglie
- Centri diurni per persone con disagio mentale
- Centri diurni per persone senza dimora
- Altri centri e strutture a ciclo diurno
- Strutture residenziali
- Dormitori per persone senza dimora
- Case rifugio per vittime di violenza di genere
- Strutture di accoglienza per persone senza dimora
- Centri estivi o invernali (con pernottamento)
- Area attrezzata per Rom, Sinti e Caminanti
- Altri centri e strutture residenziali

Fonte: Istat, 2024



Bibliografia e sitografia

- AGENAS (2022), “Missione 6 Salute, Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale-Sub-Investimento 1.2.2.4 Intelligenza Artificiale. Documento descrittivo degli obiettivi e dei requisiti funzionali”, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/Avvisi_bandi_inviti/gare_in_corso/2022/AI/Documento_descrittivo_degli_obiettivi_e_dei_requisiti_funzionali.pdf
- AGENAS (2022), “Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell’assistenza territoriale”, Monitor n. 47, <https://www.agenas.gov.it/monitor-47>
- AGENAS (2023), “Monitoraggio fase 2 concernente l’attuazione del DM n. 77 del 2022”, https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2__finale.pdf
- AGENAS (2024), “Corso di formazione manageriale AGENAS: i project work dei discendenti sullo sviluppo dell’assistenza territoriale”, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/formazione-manageriale/Quaderni-Monitor_formazione.pdf
- AGENAS (2024), “Programma Nazionale Esiti”, https://www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/pne24/Agenas_PNE-2024_web.pdf
- ANCI (2024), “Il PNRR di Comuni e Città Metropolitane: lo stato di attuazione e il ruolo di ANCI”, <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Report-ANCI-Missione-Italia-2024.pdf>
- Camera dei Deputati (2021), Dossier del Servizio Studi “La figura del caregiver nell’ordinamento italiano”, <https://www.camera.it/temiap/2021/03/09/OCD177-4856.pdf>
- Camera dei Deputati (2024), Dossier del Servizio Studi “La riprogrammazione degli interventi del PNRR”, <https://temi.camera.it/leg19/pnrr/missioni.html>
- Castegnaro C., Pasquinelli S. (2021), “Disabilità e non autosufficienza: dopo la pandemia serve altro”, <https://www.welforum.it/il-punto/laumento-delle-diseguaglianze-in-tempo-di-pandemia/disabilita-e-non-autosufficienza-dopo-la-pandemia-serve-altro/>
- CENSIS-AIMA (2024), “L’impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer dopo la pandemia da Covid-19. Sintesi dei principali risultati”, <https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Sintesi%20rapporto%20finale%20Alzheimer%202024%20%28002%29.pdf>
- Cergas (2018), “L’innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care.

- 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care"; <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/1%25C2%25B0-Rapporto-LTC.pdf>
- Cittadinanzattiva (2023), "VI Rapporto Annuale sulla Farmacia, 2023"; <https://www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/133-vi-rapporto-annuale-sulla-farmacia-2023/download.html>
 - Colavita F. e Bonacci T. (2024), "La Bottega di Comunità nel Cilento interno"; in *Urbes*, Marzo 2024, https://issuu.com/raffaelecreativagroupcom/docs/urbes_marzo_2024
 - Corte dei Conti (2021), "Relazione sugli interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani"; <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=6a49a-a27-33e2-4b2a-a432-97a0094fa3e1>
 - Corte dei Conti (2024), "Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"
 - Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica (2014), "Le aree interne: di quali territori parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree"; https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/01/Nota_metodologica_Aree_interne-2-1.pdf
 - European Environment Agency (2023), "Urban adaptation in Europe, what works?"; <https://www.eea.europa.eu/publications/urban-adaptation-in-europe-what-works>
 - European Environment Agency (2024), "European Climate Risk Assessment"; <https://www.eea.europa.eu/publications/european-climate-risk-assessment>
 - Federfarma (2024), "Rapporto farmacie/abitanti in Italia, per regione"; <https://www.federfarma.it/Farmacie-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/La-presenza-delle-farmacie-sul-territorio.aspx>
 - Fondazione ONDA (2018), "Libro bianco sulla salute della donna. Caregiving, salute e qualità della vita"; <https://fondazioneonda.it/ondauploads/2018/11/5.-Sintesi-Libro-Bianco-2018.pdf>
 - Fortino A. (2024), "Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud" in "Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR": Forum Mediterraneo in Sanità, www.youtube.com/watch?v=-m5oJbdTjKA
 - GIMBE (2024), "7° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale"; www.salviamo-ssn.it/7-rapporto
 - Happyageing (2024), "Libro bianco sull'attività fisica per l'invecchiamento in salute"; <https://www.happyageing.it/wp-content/uploads/2024/09/Libro-Bianco-attivita-fisica-invecchiamento-in-salute.pdf>
 - IFEL (2024), "Lo stato di attuazione del PNRR e il ruolo dei comuni, Edizione 2024"; https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/download/6097_fa13d15c-44978814194189de3bf0c4ee
 - INAPP (2024), "NEET in Europa e nel mondo: 289 milioni di giovani al centro delle sfide del nostro tempo"; <https://oa.inapp.gov.it/bitstreams/7392878b-64df-4734-9fb6-7f479716a8ed/download>
 - Istat (2019), "Salute e ricorso a servizi sanitari, Italia e Ue - Anno 2019"; <https://www.istat.it/tavole-di-dati/condizioni-di-salute-e-ricorso-ai-servizi-sanitari-in-italia-e-nellunione-europea-indagine-ehis-2019/>
 - Istat (2023), "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie"; https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Previsioni-popolazione-famiglie_2023.pdf
 - Istat (2024), "Aspetti della vita quotidiana - Famiglie: Persone sole"; <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=17768>
 - Istat (2024), "Indice composito di fragilità comunale"; https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,Z0930TER,1.0/CFI_MUN

- Istat (2024), "Interventi e servizi sociali dei comuni"; http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SPESESERSOC1#
- Istat (2024), "La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future"; https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/STATISTICA-FOCUS-DEMOGRAFIA-DELLE-AREE-INTERNE_26_07.pdf
- Istat (2024), "Noi Italia in breve. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Edizione 2024"; <https://noi-italia.istat.it/documenti/Noi-Italia-in-breve-2024.pdf>
- Istat (2024), "Rapporto annuale 2024 – Capitolo 3 Le condizioni e la qualità della vita"; <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Capitolo-3.pdf>, pag.138.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), "COVID-19 e autismo: le indicazioni dell'ISS per prevenire il disagio legato all'epidemia"; https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/covid-19-e-autismo-le-indicazioni-dell-iss-per-prevenire-il-disagio-legato-all-epidemia
- Istituto Superiore di Sanità (2023), "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali"; Rapporti ISTISAN 23/25, <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/23-25+web.pdf/7c107806-50db-5601-c73e-c90badec3765?t=1702626073305>
- Italia Domani (2024), "Catalogo open data progetti PNRR"; <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data.html?orderby=%40jcr%3Acontent%2FobservationDateInEvidence&sort=desc>
- Italia Longeva (2021), "L'aderenza nella governance della long-term care: proposta di indicatore sintetico"; https://italialongeva.it/wp-content/uploads/2021/02/Scheda-di-sintesi_Expert-Opinion-Paper_Italia-Longeva_Aderenza.pdf
- Marmot M. (2016), "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto"; Il Pensiero Scientifico Editore.
- Mezzana D., Di Natale R., Taurelli S. (1997), "Terza indagine nazionale sulla qualità del servizio farmaceutico"; Cerfe.
- Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR (2024), "Quinta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"; <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/quinta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pia.html>
- Moro A. (1979), "L'intelligenza e gli avvenimenti. Testi 1959-1978"; Garzanti Editore.
- Openpolis (2024), "Non sono emergenza"; https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2024/05/CIB-Numeri-disagio-giovanile_.pdf
- Pievani T., Varotto M. (2021), "Viaggio nell'Italia dell'Antropocene. La geografia visionaria del nostro futuro"; Aboca.
- Vecchiato T. (2024), "Gli Ambiti territoriali sociali: criticità e potenzialità"; in Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone, https://www.researchgate.net/publication/379855515_Gli_Ambiti_territoriali_sociali_criticita_e_potenzialita
- WHO (2002), "Active Ageing. A Policy Framework"; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y



ISBN: 978-88-6650-036-0