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

Rivista Mensile
ANNO XXII
n. 3
Marzo 2015
ISSN 0544-7771

MONDO SANITARIO

Analisi - Commenti - Ricerche - Esperienze - Documenti - Leggi - Sentenze

IN QUESTO NUMERO:

La Casa della Salute: la nuova realtà territoriale

Modello di integrazione dei servizi socio sanitari per i minori e gli adolescenti a rischio di dispersione scolastica

Proteggere l'ambiente per preservare la salute

L'intesa Stato-Regioni sui tagli alla spesa sanitaria

ZRG editore

SOMMARIO

Studi e Ricerche

1 **La Casa della Salute: la nuova realtà territoriale**
S. Fraioli, I. Mastrobuono

14 **Modello di integrazione dei servizi socio sanitari per i minori e gli adolescenti a rischio di dispersione scolastica**
F. Nardelli

Ambiente e Salute

25 **Proteggere l'ambiente per preservare la salute**
F.R. Greco

Servizio Sanitario

28 **L'intesa Stato-Regioni sui tagli alla spesa sanitaria**
F.R. Greco

Giurisprudenza

30 **Rassegna di Giurisprudenza**
(a cura di M. Greco)

MONDO SANITARIO
rivista mensile

Fondatore
Mario Greco

Direttore responsabile
Nicola Nante

Comitato Scientifico
Pietro Crovari, Roberto Cursano, Mario Gabbrielli, Federico Lega, Cosimo Maiorino, Fabrizio Mastrilli, Isabella Mastrobuono, Gabriele Messina, Marino Nonis, Franco Perraro, Luca Riciputi, Paola Serafini

Comitato di Redazione
Francesca Romana Baratta, Massimo Dominijanni, Alice Flacco, Anna Maria Gentile, Andrea Mezzetti, Francesca Nisticò, Cecilia Quercioli, Carmela Russo, Francesco Vencia

Tribunale di Roma, n. 59 del 18 febbraio 1994 (1a registrazione)
Tribunale di Roma, n. 142 del 25 giugno 2013 (2a registrazione)
Iscritto al Registro Nazionale della Stampa al n. 5441

Finito di impaginare nel mese di Aprile 2015

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

Elaborazione grafica e stampa:
GILEGRAF Srl - Circ.ne Gianicolense, 283 - 00152 Roma
Tel. e Fax 06.53273535 - e-mail: gilegraf@tiscali.it

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

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

Riproduzione, anche parziale, vietata senza autorizzazione scritta dell'Editore. I manoscritti o i dattiloscritti di studi e commenti, anche se non pubblicati, non si restituiscono.

La Casa della Salute: la nuova realtà territoriale

Simone Fraioli
Tirocinante Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (RM)

Isabella Mastrobuono
Direttore Generale Asl Frosinone

La Regione Lazio, negli ultimi anni, ha intrapreso un nuovo percorso nel tentativo di riordinare il Servizio sanitario regionale, procedendo alla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri ripetuti in ospedale. Per troppo tempo l'assistenza territoriale è stata considerata di "fascia B" rispetto alle cure ospedaliere poiché il territorio manca di una propria identificazione e di una standardizzazione. La volontà è quella di migliorare le cure primarie ed intermedie e rinforzare la rete di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per dare un'adeguata risposta ai bisogni della cittadinanza; è fondamentale, e lo sarà sempre di più, trasferire sul territorio la gestione delle patologie croniche e delle piccole urgenze che, tuttora, trovano risposta inappropriata nell'ospedale per acuti. Attualmente l'ospedale si fa carico di circa il 30% della cronicità in regime di ricovero e cure, con uno spreco di risorse economiche ed umane. La sfida della Regione è quella di creare una rete di strutture territoriali, chiamate "Case della Salute", modellate come veri e propri "vestiti su misura" per bisogni locali del territorio di riferimento, direttamente collegate tra di loro e con gli ospedali pubblici, che riesca ad effettuare la cosiddetta "presa in carico proattiva" degli utenti. La realizzazione e l'utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) rispondono perfettamente a questa volontà di cambiamento. Il lavoro è stato realizzato nell'ambito dei project work del Master Universitario di secondo livello EMPHA, organizzato dall'Area Pubblica Amministrazione e Sanità della LUISS Business School.

1. Elementi fondamentali della Casa della salute

La Regione Lazio negli ultimi anni ha intrapreso un nuovo percorso nel tentativo di riordinare il Servizio sanitario regionale, procedendo alla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale (1), al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri ripetuti in ospedale.

Per troppo tempo l'assistenza territoriale è stata considerata di "fascia B" rispetto alle cure ospedaliere poiché il territorio manca di una propria identificazione e di una standardizzazione. Ora è arrivato il momento di invertire tale tendenza, creando una vera e propria rete di vasi comunicanti ospedale-territorio-servizi sociali.

La volontà è quella di migliorare le cure primarie ed intermedie e rinforzare la rete di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per dare un'adeguata risposta ai bisogni della cittadinanza; è fondamentale, e lo sarà sempre di più, trasferire sul territorio la gestione delle patologie croniche e delle piccole urgenze che tuttora trovano risposta inappropriata nell'ospedale per acuti.

Attualmente l'ospedale si fa carico di circa il 30% della cronicità in regime di ricovero e cure, con uno spreco immenso di risorse economiche ed umane: la totale assenza di una stabile struttura assistenziale nel territorio alimenta la gestione di una buona parte della cronicità da parte degli ospedali ed, inoltre, contribuisce all'intasamento dei pronto soccorsi.

La sfida della Regione è quella di creare una rete di strutture territoriali, chiamate "Case della Salute", direttamente collegate tra di loro (2), con ospedali pubblici e strutture private accreditate, che riesca ad effettuare la cosiddetta "presa in carico proattiva" degli utenti.

La Casa della Salute (CdS), articolazione del distretto sanitario (3), è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, anche l'assistenza intermedia, che si colloca e si connette con l'ospedale e con altri servizi territoriali.

La peculiarità e la forza di questo modello risiede nella capacità di adattamento ai bisogni locali del territorio di riferimento: la Casa della Salute deve essere creata e modellata come un vero e proprio "vestito su misura" e ciò può essere fatto solamente se in principio è stato effettuato uno studio epidemiologico completo e preciso che permetta realmente di comprendere l'incidenza e la prevalenza delle patologie maggiormente presenti in quel territorio specifico, con la conseguente possibilità di attivare i rispettivi percorsi e servizi (*Chronic Care Model*) (4).

Le attività che si svolgono al suo interno possono essere così sintetizzate:

- lavoro integrato e multidisciplinare;
- accesso a percorsi assistenziali e continuità assistenziale per persone non autosufficienti;
- gestione delle patologie croniche.

Sarà fondamentale per la riuscita del progetto la creazione di un'équipe, multidisciplinare e multiprofessionale, composta da:

- medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- guardia medica (medici di continuità assistenziale);
- medici specialisti ambulatoriali;
- psicologi;
- dirigenti medici;
- infermieri, tecnici sanitari e socio-sanitari;
- personale amministrativo;
- assistenti sociali.

Si precisa che ogni Casa della Salute deve avere un proprio regolamento interno.

I decreti del Commissario ad acta (DCA) 428/2013 e 40/2014 stabiliscono le funzioni base che devono essere necessariamente erogate dalla stessa ed indicano, inoltre, dei moduli aggiuntivi.

Le funzioni base sono:

- medicina generale;
- assistenza specialistica ambulatoriale: cardiologia, ginecologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale ed eventualmente endocrinologia, urologia, neurologia, ortopedia, dermatologia, angiologia, gastroenterologia, medicina interna, odontoiatria, endoscopia digestiva e fisiatria;
- ambulatorio infermieristico;
- attività diagnostica di 1° livello;
- sportello CUP;
- PUA;
- area della sorveglianza temporanea;
- area del volontariato;
- assistenza domiciliare integrata;
- centro prelievi.

I moduli aggiuntivi includono:

- dialisi;
- centro di salute mentale;
- area delle cure intermedie ad elevata intensità infermieristica;
- centri antiviolenza;
- consultorio familiare;
- attività fisica adattata;
- assistenza farmaceutica;
- attività protesica;
- punto di primo intervento (PPI), in collegamento con DEA vicini.

Il punto nevralgico della presa in carico del paziente è configurato nel Punto Unico di Accesso (PUA) (5), definito dalla DGR 315 del 2011 come "modalità organizzativa che, nell'ottica di fornire risposte integrate complete e appropriate a bisogni semplici ed avviare i percorsi per i bisogni complessi, è funzionale anche alla razionalizzazione dei processi e delle risorse".

Il PUA, all'interno della Casa della Salute, ha quindi il compito di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e sociosanitari della cittadinanza più fragile, portatrice di malattie croniche e spesso con problematiche socio-economiche che richiedono l'intervento dell'assistenza sociale.

Nell'ufficio PUA si esprime la perfetta applicazione del principio di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare sopracitato; infatti, convivono al suo interno e ruotano attorno allo stesso figure amministrative, assistenti sociali e infermieri ed, inoltre, tale ufficio collabora anche con i medici di medicina generale (MMG) e gli specialisti ambulatoriali.

La funzione sociale è fondamentale per la completa presa in carico del paziente e per la risoluzione delle problematiche connesse; l'importanza di ciò la si nota anche dal fatto che il PUA è collegato sia in rete che fisicamente con gli assistenti sociali e con gli enti locali (ad esempio il Comune) coinvolti nella presa in carico.

Vediamo più da vicino le funzioni che svolge il PUA: funzione informativa relativamente ai servizi sanitari offerti dalla Cds e rispettive modalità di accesso; accoglienza del malato, che viene indicato dal MMG; raccolta di informazioni personali (l'amministrativo e l'operatore sociale provvedono alla compilazione della "scheda di rilevazione bisogni di salute") (6) e apertura del fascicolo sanitario. Il personale del PUA provvederà, inoltre, ad orientare ed accompagnare il paziente nella prima visita infermieristica, nel corso della quale verrà fissato il primo appuntamento presso lo specialista (si sottolinea che il paziente inserito nel percorso ha una corsia preferenziale per gli appuntamenti, infatti, il tutto si svolge in massimo 10-15 giorni). Successivamente, il personale si occuperà del monitoraggio del percorso e del promemoria sulle future visite di controllo che dovrà effettuare il paziente.

Il PUA partecipa, inoltre, attivamente nel supporto all'autogestione dei pazienti ed *empowerment* (7) in modo da aiutare i pazienti stessi e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati conseguiti ed i problemi di volta in volta presentatisi.

È bene precisare che la medicina d'iniziativa è un modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita (*self management*), rendendo i pazienti consapevoli della malattia e condividendo la responsabilità della propria salute con coloro che curano.

1.2 Accesso alla CdS

Tutta la cittadinanza può accedere alla Casa della Salute; le modalità di accesso sono le seguenti:

1) diretto per le seguenti attività:
   - punto prelievi;
   - PUA;
   - accoglienza;
   - funzioni amministrative collegate alla gestione della posizione degli assistiti;
   - CUP;
   - centro antiviolenza;
   - piccole urgenze (ad esempio punture di insetti, lombalgie, dolori articolari acuti, disturbi muscolo scheletrici quali contusioni, rimozione punti sutura, problemi dermatologici come piccole ustioni ed abrasioni, otite, faringite, febbre, vertigini, instabilità dei valori pressori, ecc.);

2) regolato tramite prescrizione/invio: questa modalità di accesso viene eseguita dal MMG, dal pediatra di li-

bera scelta o da un medico del Ssr per quei pazienti affetti da patologie croniche arruolabili in uno dei percorsi assistenziali presenti nella struttura stessa.

1.3 L'esperienza della Casa della Salute di Pontecorvo

Nella Regione Lazio una delle prime Case della Salute che ha aperto è stata quella sita nel Comune di Pontecorvo, Distretto di Cassino, (Asl Frosinone).

La struttura di Pontecorvo (8), rispetto agli elementi precedentemente trattati e stabiliti dai succitati decreti commissariali, presenta delle integrazioni rilevanti. Innanzitutto nella struttura è presente un Punto di Primo Intervento; inoltre è presente l'Unità di Cure Intermedie ad elevata assistenza infermieristica (UCI) (9) con 15 posti letto territoriali (10) per malati con patologie cronico-degenerative in fase post acuta, in particolare (11):

- pazienti, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza anche temporanea nella fase della malattia per i quali non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa;
- pazienti che, a causa della patologia, non possono essere assistiti adeguatamente in ADI;
- pazienti che possono essere dimessi dall'ospedale per acuti, ma non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio, a causa della complessità clinico-assistenziale o per ragioni di tipo sociale, e pazienti che devono effettuare riabilitazione.

Per accedere all'UCI è necessario che il MMG (12) o medico dell'ADI, specialista od ospedaliero compilino il modulo e la scala di Brass; la richiesta sarà poi valutata, entro 72 ore, dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) (13) e, se positiva, si procederà alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

I tempi di degenza presso tale Unità non devono superare 20 giorni, salvo casi eccezionali; al termine della degenza il paziente, se cronico, sarà trasferito e continuerà ad essere seguito o presso il proprio domicilio (con ADI) o presso strutture sanitarie (Rsa o Hospice).

Durante la degenza l'assistenza medica è garantita dai MMG delle Unità di Cure Primarie (UCP) presenti nella Casa della Salute, per 4 ore giornaliere nei giorni feriali al costo di euro 37,46 l'ora; nel caso di emergenze od urgenze, oltre le 4 ore prefissate, l'assistenza sarà garantita dai medici presenti in quel momento (appartenenti alle UCP presenti nella CdS) al costo di euro 18,90 se l'accesso è rivolto al proprio assistito e di euro 25,82 se rivolto a pazienti diversi. Nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi l'assistenza è assicurata dai medici della continuità assistenziale.

Ulteriore novità statuita dal regolamento consiste nel prevedere, tra le modalità di accesso diretto, anche quello dai pronti soccorso e dagli ospedali della Asl; in tale circostanza i pazienti devono aver esaurito tutte le procedure con cui si esclude lo stato di acuzie, devono aver effettuato due o più ricoveri ospedalieri per la stessa patologia per cui è richiesto l'accesso all'UCI ed aver effettuato uno o più accessi al pronto soccorso ai quali non è seguito un ricovero per la stessa patologia per la quale si richiede l'accesso nell'UCI.

2. Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

Come precedentemente trattato, le singole regioni negli anni hanno avviato in sanità un vero e proprio processo di cambiamento culturale, dettato non solo dalla necessità imminente di un risparmio economico, ma anche dalla volontà di allocare le risorse a loro disposizione (è necessaria la creazione di nuovi criteri di allocazione delle risorse) in maniera più efficiente e di dare una risposta più adeguata ai bisogni sanitari (14) e socio-sanitari della cittadinanza, che, con l'aumentare dell'età media di vita, va incontro sempre più a patologie croniche.

Oggi si applica alle malattie croniche lo stesso modello di cura delle malattie acute, il sistema è spesso in grado di prendere in carico il paziente cronico solo nel momento in cui c'è un aggravio della patologia e di conseguenza accede alle risorse ospedaliere; generando così maggiori costi (per eventi prevenibili) per la sanità ed un utilizzo inappropriato delle risorse ospedaliere (15). Infatti, se si interviene solo quando l'acuzie si è già manifestata le implicazioni di efficacia dell'intervento, nonché di efficienza della cura, potrebbero essere già compromesse.

Il sistema sanitario italiano attualmente si fonda ancora sulla concezione "ospedale-centrico", che destina poche risorse sul territorio per la prevenzione, la riduzione dei fattori di rischio e più semplicemente per la gestione appropriata delle malattie croniche di base.

È assolutamente necessaria un'evoluzione di tale concezione nella cura della cronicità. Occorrerebbe realizzare la collaborazione ospedale-territorio (*cercando di evitare sovrapposizioni di compiti e duplicazioni di prestazioni*) creando modelli di medicina di prevenzione che ritardino la comparsa dei sintomi (16) e prevengano la riacutizzazione degli stessi; sarà necessario intercettare il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevenendo e organizzando le rispettive risposte assistenziali.

La centralità della persona e dei bisogni di cura è il valore che guida le organizzazioni sanitarie nella programmazione dei percorsi assistenziali, pensati come contesti organizzativi per l'integrazione delle competenze disciplinari e professionali coinvolte nella diagnosi.

Il coordinamento tra le diverse fasi del percorso di cura, se ben condotto, rappresenta un vantaggio reale per il paziente e un'opportunità per l'organizzazione, se dotata di strumenti di valutazione e monitoraggio della qualità del proprio prodotto.

Il concetto chiave è la "presa in carico attiva del paziente": una gestione integrata e condivisa del percorso del paziente può contribuire ad una progressiva razionalizzazione della spesa complessiva e ad una ottimizzazione nell'uso delle risorse attraverso l'eliminazione di duplicazioni nell'erogazione di servizi, di sovrapposizioni e di prestazioni che possono essere considerate superflue alla luce delle informazioni condivise.

La creazione e l'utilizzo dei PDTA rispondono perfettamente a questa volontà di cambiamento; per percorso del paziente si intende "la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-

scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente/gruppo di pazienti".

Gli elementi cardine che compongono i PDTA sono i seguenti:

- centralità della persona;
- presa in carico attiva;
- continuità assistenziale lungo l'intero percorso diagnostico, di cura, assistenza e riabilitazione del paziente;
- razionalizzazione ed ottimizzazione nell'uso delle risorse;
- uniformità delle prestazioni erogate con riferimento ad una precisa patologia;
- riduzione dell'evento straordinario.

Tali percorsi assistenziali sono dei veri e propri cammini che una persona, affetta da patologia (sul territorio si tratta per lo più di patologie croniche), percorre all'interno del sistema sanitario e che le permettono un facile accesso a tutte le cure di cui ha bisogno (*continuità assistenziale nelle cure del paziente*). Sarà necessario, per la riuscita dei percorsi, un coinvolgimento di tutti i livelli sanitari (17) e socio-sanitari ed una collaborazione tra tutte le figure professionali appartenenti alla sanità, dall'infermiere al medico di medicina generale, dall'assistente sociale al medico specialista, ecc.

Tale coinvolgimento presuppone la voglia e la capacità di comunicare e di condividere informazioni tra gli operatori stessi, che ad oggi, a dispetto dell'ospedale, manca sul territorio.

I PDTA rappresentano una vera e propria contestualizzazione delle linee guida con riferimento ad una singola patologia e vengono realizzati nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria (*creazione di un percorso ideale*); sono modelli locali che, sulla base delle linee guida, con riferimento alla rispettiva analisi epidemiologica ed in relazione alle risorse disponibili, permettono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento.

Le aziende sanitarie, attraverso tali strumenti, delineano, rispetto ad una specifica patologia o ad un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Prima di osservare l'iter per la creazione di un PDTA, è necessario chiarire la differenza concettuale tra percorso e linee guida; queste ultime sono considerate come "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere i medici ed i pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche".

Con riferimento ad uno specifico argomento, le stesse si configurano come sintesi delle conoscenze scientifiche strutturate e condivise dall'intera comunità medico-scientifica; non sono assolutamente vincolanti e si caratterizzano per essere limitate agli aspetti di natura diagnostico-terapeutica.

Le linee guida e i percorsi non devono, quindi, essere considerati come strumenti alternativi bensì complementari, in particolare: le prime sono parametri di riferimento scientificamente riconosciuti relativi alla sfera diagnostico-terapeutica; i secondi sono strumenti operativi con cui i medici e gli operatori, attraverso l'allocazione efficiente delle risorse, decidono di gestire un preciso problema di salute.

Vediamo ora l'iter di creazione di un PDTA:

Fase 1: scelta del problema di salute - La scelta avviene attraverso un'analisi epidemiologica locale, ovvero si individuano i bisogni di quella specifica realtà (incidenza, prevalenza e mortalità per patologia) e si delineano dei criteri di priorità, tra cui: impatto sulla salute del cittadino, impatto sulla salute della comunità, impatto sulla rete familiare, variabilità e disomogeneità delle prestazioni ed impatto economico.

Fase 2: ricognizione di ciò che già esiste - Vengono raccolte informazioni relative al come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico-organizzative della patologia in oggetto; si procede all'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'azienda e ad intervistare contestualmente tutti gli attori coinvolti nell'iter di cura di quella specifica patologia (18).

Spesso la tecnica utilizzata in questa fase è quella dei gruppi di lavoro, il cui fine è quello di focalizzare un argomento preciso e far emergere le problematiche, le aspettative, le opinioni e le progettualità rispetto all'oggetto di discussione.

Fase 3: creazione di un percorso ideale - È assolutamente necessario progettare un percorso ideale che servirà da riferimento e confronto per la valutazione di eventuali problematiche, difficoltà e criticità del percorso reale; naturalmente la creazione dello stesso si andrà a poggiare su fonti autorevoli di letteratura, sull'*Evidence Based Medicine* (EBM) (19) e sulle linee guida con riferimento alla patologia in esame, al fine di delineare le migliori soluzioni professionali ed organizzative.

Fase 4: creazione del percorso di riferimento - Il percorso di riferimento è, invece, sulla base delle linee guida, dell'EBM e del percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse.

È necessario stabilire gli obiettivi minimi da realizzare e gli *outcome* attesi.

Fase 5: fase pilota - Tale fase ha lo scopo di valutare la solidità in ambito assistenziale e organizzativo dell'applicazione del percorso ed eventualmente di correggere le azioni che non risultino conformi al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Gli aggiustamenti necessari sono finalizzati a rendere fattibile l'applicazione del miglior PDTA che l'azienda può proporre ai suoi cittadini. Durante questa fase diventa necessario identificare le aree di criticità, come l'impossibilità di attuare determinate indicazioni ed azioni o la necessità di inserirne di ulteriori rispetto a quanto descritto nel PDTA di riferimento.

Fase 6: attuazione all'interno dell'intera azienda sanitaria

Fase 7: monitoraggio e miglioramento - È necessario un costante monitoraggio dei PDTA attraverso un sistema di reporting; per la corretta valutazione dell'applicazione degli stessi è possibile utilizzare i seguenti strumenti:

- indicatori specifici per ciascuna fase del PDTA;
- scheda di valutazione delle performance di percorso;
- audit clinico ed organizzativo (20).

In sintesi si può affermare che per la realizzazione di un PDTA ci si può rifare al Modello "Ruota di Deming" (*Plan-Do-Check-Act*), ovvero:

- *Plan*, stabilire gli obiettivi ed i processi necessari per fornire risultati in accordo con i requisiti e con le politiche dell'organizzazione;
- *Do*, dare attuazione ai processi;
- *Check*, monitorare e misurare i processi;
- *Act*, adottare le azioni per migliorare in modo continuo le prestazioni dei processi.

Secondo il DCA 428 del 2013, nelle Case della Salute, devono essere attivi almeno i percorsi per i pazienti diabetici, cardiopatici, portatori di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO); come già precisato, attuare correttamente uno dei percorsi sopracitati permette una presa in carico del paziente ed una migliore qualità ed appropriatezza delle prestazioni offerte, nonché una notevole riduzione dei costi considerati superflui (tra cui diagnostica, terapie, visite, analisi, prescrizioni), evitando così di ripetere più volte le stesse prestazioni.

L'obiettivo auspicabile sarà quello di avere, con riferimento ad ogni singola patologia cronica, delle regole e delle linee uniformi con conseguente riduzione del numero di ricoveri ospedalieri inappropriati.

Da una medicina "di attesa", ora il sistema sanità si mobilita solo quando il paziente si scompensa e diventa acuto, si passa così ad una medicina "di iniziativa" (le Asl e le CdS devono andare incontro al paziente, non aspettandolo all'ospedale) e "preventiva" (continuità e prevenzione nella cura delle patologie croniche).

2.2 Esempio di PDTA

Per comprendere la complessità di un percorso e delle risorse che esso assorbe, è necessario vedere nello specifico l'iter operativo di un PDTA, in particolare analizzando il PDTA "Diabete Mellito tipo 2" (21) che è stato attuato presso la Casa della Salute di Pontecorvo.

1) CREAZIONE DI UNA LISTA DI PAZIENTI APPROPRIATI

Nel seguente ordine ogni attore crea una propria lista di pazienti che considera adeguati al percorso:

a) MMG o UCP;
b) ambulatorio specialistico diabetologico della CdS;
c) sistema informativo regionale (LAIT).

Infine la struttura stessa verifica ed incrocia i dati, ottenendo così la lista completa e definitiva di pazienti.

2) ARRUOLAMENTO

Il MMG o UCP invia una lettera di arruolamento (dove è indicato l'appuntamento) accompagnata da una breve relazione clinica sulla patologia in esame e, se necessario, allega anche l'impegnativa con la prescrizione degli accertamenti di base.

Come già descritto, presso il PUA si procede all'accoglienza del malato ed alla raccolta di informazioni personali (l'amministrativo e l'operatore sociale provvedono alla compilazione della "scheda di rilevazione bisogni di salute").

3) PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE

Il paziente viene accompagnato presso l'ambulatorio infermieristico dove si procede all'apertura ed alla compilazione di competenza della cartella clinica (22).

Successivamente, si procede alla valutazione clinica di I livello ad opera del diabetologo ed eventualmente, se necessario, di altri specialisti, sempre presenti nella Casa della Salute, tra cui angiologo, nefrologo, neurologo, cardiologo, oculista, dermatologo e nutrizionista.

Presso il PUA, dopo esser stata eseguita la Valutazione Multidimensionale, viene redatto il PAI, identificato il *case manager* (23) ed eventualmente, se necessario, il *caregiver* (24).

4) CONSUELING

Una settimana prima dell'incontro si contatta il paziente informandolo dell'eventuale possibilità di partecipazione ad incontri di gruppo, 25-50 pazienti, per orientare e promuovere un corretto stile di vita.

5) FOLLOW UP

L'infermiere ogni 4 mesi circa provvede a chiamare il paziente per fissare un appuntamento dove verranno effettuate le opportune verifiche (25) (follow up infermieristico).

Le UCP o MMG procedono alla visita del paziente ed agli esami previsti dalle linee guida (follow up MMG); inoltre, il diabetologo specialista ogni sei mesi od ogni anno effettua una valutazione clinico-terapeutica (follow up specialistico).

Per i casi particolarmente complessi "pluripatologie" è necessario avere un referente ospedaliero (figura 1).

2.3 Gli indicatori

Per la riuscita dei PDTA, in particolare sotto il profilo economico, è fondamentale monitorare le prestazioni che vengono offerte ai pazienti ed i rispettivi *outcome*; ciò viene rilevato attraverso gli indicatori, che assumono di conseguenza un ruolo centrale nella gestione della Casa della Salute e nell'audit degli esiti clinici.

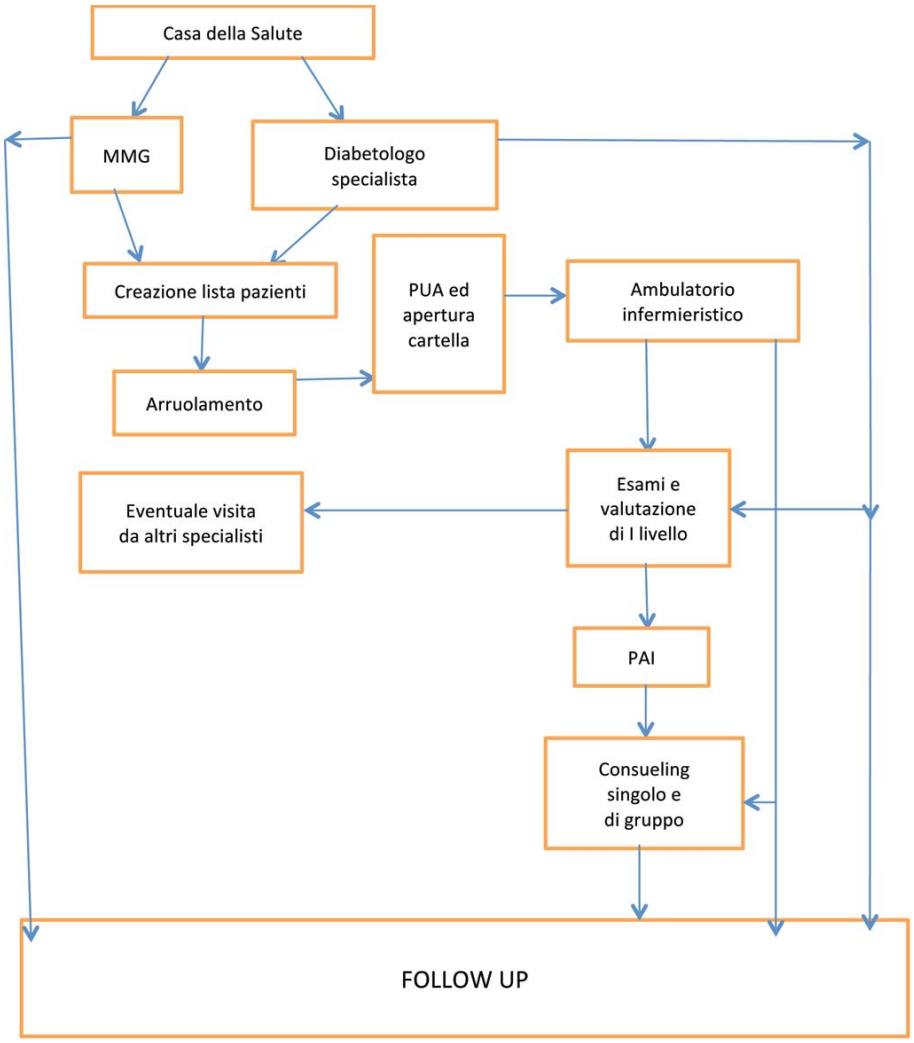
Gli indicatori sono informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

Gli stessi permettono anche di effettuare *benchmarking* (26), pratica necessaria per il miglioramento delle strutture sanitarie.

Vediamo quali potrebbero essere gli indicatori applicabili alla Casa della Salute, nello specifico al PDTA diabete:

- percentuale dei MMG coinvolti;
- percentuale di diabetici coinvolti;
- percentuale di diabetici seguiti dal MMG;
- frequenza visite diabetologiche da parte del MMG;

Fig. 1 - Percorso clinico-assistenziale del paziente diabetico nella Casa della Salute di Pontecorvo



- frequenza delle determinazioni Hb A1c;
- frequenza delle determinazioni microalbuminuria;
- frequenza delle determinazioni colesterolo;
- frequenza delle determinazioni HDL colesterolo;
- frequenza delle determinazioni trigliceridi;
- frequenza dell'esecuzione fondo oculare;
- frequenza del controllo vascolare del piede diabetico;
- frequenza della misurazione del peso e circonferenza;
- frequenza della misurazione della pressione;
- frequenza accesso al pronto soccorso per diabete e/o complicanze;
- frequenza ricovero ospedaliero per diabete;
- percentuale di pazienti addestrati all'autogestione della malattia;
- percentuale di pazienti coinvolti in programmi per corretto stile di vita;
- percentuale di pazienti che hanno eseguito follow up completo;
- percentuale di PAI entro 30 giorni;
- percentuale di almeno un monitoraggio di microalbumina;
- percentuale di almeno una visita dell'occhio.

Indicatori generali per la valutazione del funzionamento della Casa della Salute:

- numero di cittadini assistiti dalla CdS/mese/anno;
- numeri di operatori che lavorano nella CdS;
- numero di accessi nella CdS;
- tasso di ricovero ospedaliero;
- tasso di DRG inappropriati;
- tasso di accesso al pronto soccorso;
- tasso di accesso al pronto soccorso per codici bianchi e azzurri mese/anno;
- spesa farmaceutica;
- percentuale di richieste di prestazioni specialistiche;
- numero di soggetti con problemi sociali.

I dati che si ricavano dall'analisi degli indicatori saranno fondamentali per il *benchmarking*.

2.4 Riflessioni

In sintesi tutti i PDTA hanno la finalità di:

- migliorare l'appropriatezza e la tempestività delle prestazioni, razionalizzando l'offerta ed evitando, di conseguenza, duplicazioni;
- garantire equità d'accesso ed uniformità delle prestazioni;

Le predette finalità dovrebbero raggiungersi attraverso:

- integrazione delle competenze multidisciplinari e multiprofessionali e collaborazione tra i diversi attori della sanità (ospedale, territorio e medicina di base);
- implemento dello scambio di informazioni tra tutti i soggetti partecipanti (27);
- definizione precisa dei rispettivi ruoli, compiti e responsabilità nella struttura;
- creazione di gruppi di lavoro;
- scomposizione del PDTA in sotto-fasi con indicazione puntuale, per ciascuna di queste, del rispettivo responsabile;
- coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della cura (*empowerment*);
- monitoraggio e valutazione degli indicatori.

Per ottenere *outcome* significativi sarà necessaria l'applicazione puntuale e contemporanea di tutte le attività sopracitate.

Naturalmente le criticità che devono essere superate sono diverse: innanzitutto l'eterogeneità dell'offerta territoriale e il diverso approccio dei rispettivi attori; la necessaria implementazione di una rete informatica e di una piattaforma comune dove poter condividere le informazioni cliniche, strumentali e terapeutiche dei pazienti (28)

(assenza di fascicoli o cartelle cliniche elettroniche per ogni singolo paziente); il miglioramento della valutazione dei risultati; la realizzazione di norme contrattuali omogenee per categorie di lavoratori per evitare confusione e difficoltà di gestione (attualmente sono presenti medici dipendenti, infermieri dipendenti, medici ambulatoriali, medici di medicina generale, ecc.).

Tutto ciò renderebbe più semplice non soltanto la gestione della struttura, ma anche quella del paziente e della sua presa in carico.

Come già precisato è essenziale il potenziamento dei sistemi informativi sui quali la Regione Lazio sta lavorando e che potrebbero rappresentare un vero e proprio supporto alla cura del paziente. In concreto, il sistema informativo, se presente e correttamente funzionante, ha l'obiettivo di:

- creare una piattaforma comune dove poter condividere tutte le informazioni sanitarie e socio-assistenziali dei pazienti;
- essere un sistema di allerta per "eventi sentinella", che aiuta i team assistenziali ad attenersi alle linee-guida;
- rappresentare un *feedback* per i medici mostrando i livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche;
- costruire dei registri di patologia necessari per la pianificazione di scelte sanitarie.

Le informazioni fra i diversi attori del sistema devono sempre più aumentare; i sistemi informativi delle cure primarie (le cartelle cliniche elettroniche) presenti negli studi dei MMG devono sempre più integrarsi con i sistemi informativi degli ospedali e con quelli del territorio.

Ad oggi, in tutta la realtà sanitaria, la scarsa integrazione tra gli attori produce sostanzialmente due modelli di medicina che al giorno d'oggi sono sintomo, come più volte sottolineato, di inefficienza, di costi per il sistema sanità e di insoddisfazione dei cittadini: la medicina difensiva (si erogano prestazioni in funzione di minimizzazione dei rischi giudiziari e non in funzione del fabbisogno del paziente) e la medicina d'attesa (l'erogazione della prestazione si avvia solo al momento della manifestazione di una domanda, perdendo con ciò quella parte di bisogno non ancora espresso, nonché non inserendo rapidamente il paziente nei percorsi diagnostico-terapeutici).

Naturalmente le creazione di una nuvola informatica per la condivisione e lo scambio delle informazioni preFsuppone il necessario utilizzo dello stesso linguaggio informatico.

Con riferimento ai PDTA, una volta che saranno a regime sarebbe bene modificare anche le forme di finanziamento (29) che la Regione ha stabilito ed eroga per i singoli percorsi; passando da un finanziamento per prestazioni ad uno per obiettivi di percorso, attraverso la creazione di veri e propri "budget di percorso" (30) e l'introduzione di incentivi premiali, sia sulla base dei risultati nel mantenimento dei pazienti nel percorso che sulla base degli esiti, ovvero sulla base di *outcome* clinici (sarà necessaria la corretta applicazione del *benchmarking*).

Il budget costituisce il principale strumento per la programmazione annuale operativa, il suo percorso di creazione è un processo condiviso che si fonda sulla definizione degli obiettivi di salute, di performance e di esito; sulla definizione delle risorse realmente disponibili e fruibili; sui tempi necessari per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Per maggiore chiarezza vediamo un esempio di indicatori utili per la definizione del budget della Asl di Arezzo:

Farmaceutica	Spesa/1.000 abitanti N. ricette/1.000 abitanti N. pezzi/abitanti Indicatori di appropriatezza prescrittiva
Specialistica	Spesa/1.000 abitanti N. prestazioni/1.000 abitanti Spesa e prestazioni/1.000 abitanti varie branche Tasso di consumo TC e RM/abitanti
Codici di priorità per le prestazioni specialistiche	Percentuale di prescrizioni per ciascun MMG per categoria di priorità
Ricoveri ospedalieri	Spesa/1.000 abitanti N. ricoveri/1.000 abitanti Tassi di ospedalizzazione specifici per patologia DRG ad alto rischio di inappropriatezza N. ricoveri medici ripetuti
Accessi DEA	N. accessi codice bianco/1.000 abitanti N. accessi codice azzurro/1.000 abitanti N. accessi totali pronto soccorso/abitanti N. accessi ripetuti
Accessi ADI, ADP, ADR	Numero accessi/1.000 abitanti Costo accessi N. pazienti trattati
Prestazioni aggiuntive	N. accessi/1.000 abitanti Costo per singola prestazione Vaccinazioni
Ausili e presidi	N. presidi/MMG/1.000 abitanti Costo presidi N. pazienti trattati
AFA	N. pazienti inviati ai corsi AFA a bassa disabilità N. pazienti inviati ai corsi AFA ad alta disabilità
Copertura vaccinazione antinfluenzale	Percentuale assistiti > 65 anni vaccinati
Indice di Charlson	Indice di comorbilità
Mortalità	Tasso di mortalità generale/1.000 abitanti
Trasporti sanitari	N. prescrizioni/1.000 abitanti Costo trasporti Tipologia trasporto

Fonte: estratto da DRG 123/2012: accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e degli articoli 4, 13-bis e 14 ACN/2009.

3. Il ruolo dei medici di medicina generale nella Casa della Salute

Come già detto, il ruolo dei MMG all'interno della CdS è fondamentale non solo per il funzionamento della stessa, ma per l'intero processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

I concetti fondamentali che si devono tener presenti per l'intero riordino della sanità a livello territoriale sono "collaborazione ed integrazione multidisciplinare e multiprofessionale" tra medicina generale e territorio; al contempo si evince, dall'esperienza fatta a Pontecorvo, che l'inserimento degli stessi nei meccanismi della Casa della Salute è anche l'aspetto più problematico e delicato.

La volontà è quella di superare l'attuale modo di lavorare della categoria dei MMG in quanto prevalentemente isolato e autoreferenziale, portando i medici ad attuare un lavoro di squadra (AFT/UCP).

Prima di entrare nello specifico dell'analisi del Protocollo d'intesa tra la Asl di Frosinone e i MMG, in particolare con riferimento alla Casa della Salute di Pontecorvo, è necessario fare un quadro generale della situazione.

La medicina generale si occupa di tutti i problemi di salute del cittadino in un'ottica appunto "generale"; è, o meglio dovrebbe essere, il luogo di primo contatto con il medico all'interno del sistema sanitario, in particolare, secondo l'art. 29 del ccnl dei MMG il ruolo della stessa è orientato:

"*a)* al superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema;

b) alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisionale del MMG in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse;

c) a garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio ed il coordinamento operativo e la massima integrazione dell'attività professionale tra i MMG e tra essi e gli altri professionisti dell'assistenza territoriale".

Nello specifico i compiti del MMG sono i seguenti (31):

a) servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute;

b) gestione dei malati nell'ambito dell'assistenza domiciliare programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento, se necessario con l'assistenza sociale;

c) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali stabiliti;

d) assunzione del governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;

e) mantenimento della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;

f) perseguimento gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

Il compenso degli stessi è così strutturato (32):

a) quota capitaria ponderata per assistito, negoziata a livello nazionale;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi e degli standard previsti dalla programmazione regionale/aziendale;

c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale/aziendale (33).

Alcune Regioni tra cui Emilia Romagna (34) e Toscana, già da alcuni anni hanno avviato tale processo di integrazione e riorganizzazione dell'assistenza territoriale, ma, a rispetto al Lazio, hanno agito con maggiore incisività e puntualità.

L'Emilia Romagna, già nel lontano 2005 (35), ha, infatti, stipulato un accordo regionale (dettagliato) con i MMG, non lasciando alle realtà locali alcuno spazio di manovra. Confermando una già concreta applicazione nel sistema delle cure primarie degli obiettivi di innovazione nell'organizzazione e qualificazione dell'assistenza ai cittadini, ha promosso un'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), nelle configurazioni strutturali e nel sistema di relazioni, valorizzando l'apporto professionale dei MMG (assistenza primaria e continuità assistenziale) e degli altri operatori sanitari.

I NCP sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di Cure Primarie e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Tale miglioramento dell'assistenza territoriale viene realizzato attraverso:

1) lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo nelle forme di medicina in rete e medicina di gruppo all'interno dei NCP;

2) l'espansione dei supporti informatici;

3) l'integrazione con i medici di continuità assistenziale che entreranno a far parte, a tutti gli effetti, dell'organizzazione dei NCP;

4) la possibilità di utilizzo di spazi ambulatoriali messi a disposizione dalle aziende sanitarie, anche con dotazione strumentale, per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di I livello da parte dei medici di medicina generale collegate a specifici progetti aziendali definiti in comitato aziendale (ad esempio: ecografia generalista, ECG, holter pressorio, ecc.), in coerenza con le procedure del governo clinico per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici e la riduzione delle liste di attesa e della mobilità passiva.

L'accordo regionale del 2005 prevedeva poi, all'art. 6, incentivazioni per la realizzazione delle NCP:

"*a)* 1 euro/assistito/anno per la disponibilità all'integrazione, che retribuisce l' accettazione della logica interprofessionale del NCP come rappresentata nel presente accordo e la conoscenza informatica come requisito indispensabile di partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione;

b) 0,30 euro/assistito/anno per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica, sia fra i medici del Nucleo che fra questi e la rete aziendale. Anche al fine di favorire lo sviluppo dei NCP con la definizione di modalità condivise, per facilitare l'integrazione di lavoro con gli altri operatori e l'integrazione con la continuità assistenziale territoriale, i compensi di cui sopra, sono riconosciuti a tutti i medici di assistenza primaria, in un'unica soluzione, successivamente alla delibera di Giunta Regionale di recepimento dell'accordo regionale, previa dichiarazione di adesione sottoscritta da ciascun professionista.

c) partecipazione operativa al NCP:

c1) una nuova medicina in rete, sviluppata da medici singoli o già associati nella forma semplice, deve rispondere ai requisiti di cui all'art 54, comma 8, dell'ACN, ivi compreso il punto *d)*; in funzione dei risultati di cui ai precedenti punti 1, 2, 3 del presente accordo è retribuita con il compenso di 4,70 euro/assistito/anno;

c2) i medici già in rete o in medicina di gruppo che sviluppano, in funzione del progressivo adeguamento con le tipologie organizzative ed erogative previste per il NCP, ivi compresa la promozione di forme di integrazione con i medici di continuità assistenziale, le caratterizzazioni di cui in precedenza al punto 3, sono compensati con 1 euro/assistito/anno, aggiuntivo rispetto alle tariffe dell'ACN per tali forme associative (eventuali compensi derivanti dall'implementazione di procedure ed obiettivi aggiuntivi saranno materia degli accordi aziendali);

c3) al fine del rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del NCP, pure attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti, l'ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 giorni/settimana, oltre le sette ore stabilite al punto 3 del presente accordo, 1 euro/assistito/anno per ogni ora aggiuntiva.

Gli incrementi orari oltre la settima ora dovranno essere garantiti per tutto l'arco dell'anno con orari costanti e dovranno essere finalizzati al funzionamento delle attività del NCP.

Il predetto obiettivo si svilupperà con gradualità secondo scaglioni percentuali annui definiti in base alle compatibilità finanziarie, come indicato nell'apposita tabella (norma transitoria 1, lett. *c*)".

La Regione Emilia-Romagna ha, quindi, intrapreso un percorso che ha portato alla costituzione in tutte le Aziende usl dei Dipartimenti delle Cure Primarie e della loro articolazione territoriale: i NCP, le cui sedi costituiscono uno degli elementi fondamentali per favorire la miglior presa in carico dei pazienti, sono proprio le strutture in cui è possibile erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza e meglio realizzare l'integrazione dei professionisti, prioritariamente i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri, le ostetriche e gli assistenti sociali.

Al 31 dicembre 2010 i Distretti erano 38 e i Nuclei di cure primarie già 215.

Nel 2010 la Regione è intervenuta di nuovo in materia di assistenza primaria con un ulteriore accordo integrativo regionale dell'ACN, che all'art. 13-*bis* prevede, tra i compiti e le funzioni dei MMG, lo svolgimento della propria attività nell'ambito di una aggregazione funzionale territoriale (AFT) finalizzata a favorire il processo integrativo, le cui caratteristiche vanno definite con accordi regionali.

La AFT, cui i medici debbono obbligatoriamente partecipare, è finalizzata al raccordo fra i medici operanti nel territorio, garantendo il confronto delle esperienze, la relazione con gli altri servizi assistenziali territoriali, la condivisione di indirizzi, linee guida, modalità assistenziali e l'affinamento delle pratiche professionali. L'AFT, inoltre, sostanzia il concetto di continuità della cura, quale strumento nella promozione dell'attività assistenziale.

Il modello organizzativo dei NCP, da tempo configurato e consolidato nella Regione Emilia-Romagna, costituisce un'articolazione che, sia pur diversamente strutturata rispetto a quella delineata nell'ACN, è orientata alle medesime finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale, alla realizzazione di adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure, anche attraverso modalità di integrazione tra professionisti. Ne consegue che si ritengono soddisfatte le condizioni dell'art. 26-*bis* del vigente ACN, ritenendo che, nella Regione Emilia-Romagna, il concetto di AFT sia sovrapponibile a quello di NCP.

In tale assetto la rete informatica SOLE rappresenta lo strumento di collegamento tra sistemi informatici territoriali ed ospedalieri, anche al fine di ulteriormente promuovere e rafforzare l'integrazione tra i professionisti del Ssr.

Poiché l'adesione all'aggregazione funzionale territoriale rientra tra i compiti e le funzioni del medico di medicina generale ed il modello organizzativo dei NCP è orientato alle medesime finalità dell'AFT, l'adesione al NCP è obbligatoria per tutti i MMG. Questo è un esempio di regione virtuosa.

La Regione Lazio, fino ad oggi, non ha fatto nulla di tutto ciò (solamente ora sta cercando lentamente di operare in tal senso); non è intervenuta puntualmente nell'indicazione di linee guida da seguire per la stipulazione di protocolli d'intesa ma ha lasciato alle Asl di ogni provincia e alle singole strutture sanitarie, tra cui le CdS, il potere contrattuale, causando così confusione, difficoltà nel raggiungimento dell'accordo, clientelismo e rafforzando il potere contrattuale e negoziale dei sindacati provinciali.

Nella Casa della Salute di Pontecorvo (36) i MMG svolgono le seguenti funzioni:

1) di *case manager* (37) in riferimento all'attivazione dei PDTA, ovvero provvedono ad inviare il paziente, partecipano alla UVM e alla redazione del PAI, segnalano allo specialista l'insorgenza di complicanze o scompensi;

2) svolgono la normale attività professionale nelle loro rispettive UCP (38) di appartenenza, che hanno ormai sede nella CdS, per 12h (dalle 8.00 alle 20.00) dal lunedì al venerdì (per le 9 ore giornaliere non percepiscono alcuna retribuzione aggiuntiva poiché vale l'ACN, invece percepiscono 37,46 per ogni ora di attività aggiuntiva in UCP) ed assicurano la presenza anche il sabato ed i prefestivi

per 6 ore (dalle 8.00 alle 14.00) escluse le festività, in coerenza con l'attivazione della continuità assistenziale, per un totale di 21 ore settimanali, in cui garantiscono attività ambulatoriale di piccole urgenze a tutti gli assistiti delle UCP della CdS (39);

3) assicurano, sulla base di turni precedentemente stabiliti, la propria presenza all'interno dell'UCI per quattro ore giornaliere al costo di euro 37,46; le emergenze/urgenze, oltre le quattro ore stabilite, saranno sempre gestite dai MMG dell'UCP al costo di euro 18,90 se l'accesso è rivolto ad un proprio assistito ricoverato in quel reparto e di euro 25.82 se è rivolto a pazienti diversi.

Per ogni accesso all'UCI, puntualmente valutato dall'UVMD, il MMG riceverà un compenso di euro 100 in base alla determina n. 4524/2014.

Avendo il MMG lo status giuridico di "libero professionista" per tutto ciò che riguarda i propri pazienti (prestazioni sanitarie, prescrizioni e somministrazioni) è direttamente responsabile sulla base del ccnl; il problema si pone, invece, con riferimento all'attività prestata dagli stessi nell'UCI ai soggetti ricoverati ma non propri pazienti, problema che la Asl ha cercato di risolvere nel seguente modo, ai sensi dell'art. 7 del Protocollo d'intesa Asl/MMG:

"L'Azienda si impegna a coprire la responsabilità professionale del medico nell'ambito della propria attività di cui al punto *a)* dell'art. 3, limitatamente all'attività di gestione dei codici bianchi e verdi ove previsto da apposito accordo, e del punto *c)*, limitatamente all'assistenza per i propri non iscritti".

Riflessioni finali

Le Case della Salute rappresentano la sfida con cui la Regione sta cercando di realizzare l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, la collaborazione e il dialogo tra gli operatori, la razionalizzazione delle prescrizioni di esami di laboratorio e diagnostici, la condivisione informatica dei dati clinici dei pazienti in un'unica piattaforma accessibile ai diversi operatori del panorama sanitario (*cloud*) e l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico.

Sicuramente queste nuove realtà territoriali daranno nel breve-medio termine una risposta adeguata ai bisogni sanitari e socio-sanitari delle persone più fragili arruolabili in uno dei percorsi assistenziali presenti nella struttura stessa, che oggi intasano i pronto soccorsi e sono presi in carico, non in modo adeguato, dagli ospedali con costi per la collettività enormi, certamente non più sostenibili.

Quello a cui stiamo assistendo è un cambiamento radicale nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed un crescente investimento a favore di soggetti affetti da patologie croniche: questa revisione del paradigma assistenziale richiede investimenti diversi, meno concentrati sull'area ospedaliera e orientati invece al rafforzamento delle cure primarie, con maggiori risorse al territorio, ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri.

Proprio perché l'accesso al sistema sanitario avviene quasi sempre attraverso le cure primarie è necessario rivederne gli assetti organizzativi tenendo presente che la costituzione di team multidisciplinari che coinvolgano sia i medici di medicina generale che le altre professioni sanitarie, rappresenta la soluzione migliore per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolar modo per i pazienti affetti da pluripatologie di tipo cronico.

Tutti gli sforzi che si stanno facendo sono guidati dai bisogni di cura delle persone che devono essere intercettati prima dell'insorgenza della malattia cronica o prima dell'aggravio della stessa; la molla che deve muovere il tutto è la presa in carico attiva del paziente ed il coinvolgimento di tutti i livelli sanitari e socio-sanitari, attraverso la comunicazione e la condivisione delle informazioni.

Va detto che in una Regione complessa come il Lazio si tratta di una sfida veramente ardita poiché le strutture da collegare sono molte ed il bacino di utenza è vasto, così come l'incidenza e la prevalenza delle patologie variano da un territorio all'altro e notevolmente ampio è il ventaglio delle malattie da coprire.

Sfida ancora più complessa sarà poi quella di rendere operativo tale modello nel territorio della città di Roma, dove le complessità sono amplificate, le strutture da collegare sono molte di più e le persone più fragili spesso sono lasciate sole dalla società.

Note

(1) DGR 315/2011; DCA 39/2012 "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale"; DGR 312/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto"; DCA 429/2012; DCA 431/2012, DCA 434/2012; DCA 76/2013; DCA 105/2013; DCA 429/2013 "Approvazione del documento: Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al DCA 206/2013, relativamente all'organizzazione distrettuale"; DCA 428/2013 "Approvazione del documento: Raccomandazioni per la stesura degli atti aziendali di cui al DCA 206/2013, relativamente all'organizzazione della Casa della Salute"; DCA 40/2014 "Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa ed ai requisiti minimi della Casa della Salute".

(2) Necessaria sarà la creazione di sistemi informatici e la condivisione di un'unica piattaforma informatica.

(3) DCA 428/2013 "Approvazione del documento: Raccomandazioni per la stesura degli atti aziendali di cui al DCA 206/2013, relativamente all'organizzazione della Casa della Salute"; DCA 40/2014 "Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa ed ai requisiti minimi della Casa della Salute".

(4) Tale modello è lo strumento attraverso il quale si esplica la medicina d'iniziativa.

(5) Nel capitolo seguente si comprende l'importanza centrale del PUA nei PDTA.

(6) In particolare l'assistente sociale compilerà la scheda con una breve descrizione sulla situazione socio ambientale del paziente, seguita poi da una relazione più approfondita.

(7) L'*empowerment* non è soltanto una forma raffinata di educazione sanitaria volta a indurre stili di vita appropriati,

ma è un "processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (Agenas, 2010, pag. 11). Ciò comporta, necessariamente, una progressiva assunzione di conoscenze di poteri e di responsabilità da parte dei cittadini, dei professionisti e delle comunità, in ordine all'organizzazione e ai processi di assistenza e di cura.

(8) È bene precisare che alla base dell'apertura di una CdS e della stesura del rispettivo regolamento di funzionamento e organizzazione deve necessariamente essere effettuata un'analisi del contesto geo-sanitario e un'analisi epidemiologica, al fine di avere un quadro territoriale completo sulla prevalenza ed incidenza delle patologie presenti; per comprendere i bisogni locali e di conseguenza fornire un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

(9) Fino a poco fa era chiamata Unità di Degenza Infermieristica (UDI).

(10) Si tratta di posti letto extra ospedalieri che non rientrano nel calcolo regionale dei posti letto per acuti.

(11) V. il regolamento interno Unità di Cure Intermedie.

(12) Il MMG dichiara la propria disponibilità o meno a partecipare alla stesura del PAI.

(13) L'UVM è composta: dal MMG del paziente, dal coordinatore degli MMG dell'UCP presente nella Casa della Salute, dal dirigente medico o suo delegato, dall'assistente sociale del PUA e dal coordinatore infermieristico.

(14) È bene precisare che cresce sempre più la complessità qualitativa-quantitativa dei bisogni di salute della popolazione.

(15) Questi costi si devono poi sommare a quelli derivanti dalla cosiddetta "medicina difensiva", definizione elaborata dall'*Office of Technology Assessment* degli USA: "La medicina difensiva si verifica quando i medici ordinano test, procedure e visite, oppure evitano pazienti o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non necessariamente) per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice*. Quando i medici prescrivono extra test o procedure per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice*, essi praticano una medicina difensiva positiva. Quando essi evitano certi pazienti o procedure, essi praticano una medicina difensiva negativa".
La medicina difensiva, secondo la Relazione della Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, costa:
- un aggravio della spesa >10 miliardi di euro (0,75% PIL), pari al 10,5% della spesa sanitaria;
- il 73% dei medici ammettono di prescrivere farmaci a scopo difensivo;
- il 71% di prescrivere esami di laboratorio a scopo difensivo;
- il 76,5% di prescrivere esami strumentali a scopo difensivo.

(16) È bene sapere che la spesa pro-capite dei pazienti cronici è circa quattro volte superiore a quella dei non cronici.

(17) Per alcune patologie cronico-degenerative il percorso deve estendersi alla considerazione dei passaggi di natura socio-assistenziale della gestione della patologia (es: assistenza domiciliare integrata).

(18) Questa fase è fondamentale per il confronto che sarà effettuato con le condizioni organizzative che saranno indicate dopo la realizzazione del percorso effettivo e la conseguente misurazione degli indicatori di *outcome*.

(19) In italiano "Medicina basata sulle evidenze", ha come principio cardine quello di integrare l'esperienza clinica con i migliori risultati derivanti dalla ricerca, e di adattare gli stessi alle esigenze e ai valori del paziente, tenuto conto naturalmente dei vincoli economici.
Le funzioni della EBM sono: trovare risposte valide all'interno di un oceano di informazioni, risparmiare tempo, prendere delle decisioni ponderate e giustificate, integrare il proprio bagaglio di conoscenze dirette.
L'estensione dei principi dell'EBM alle altre professioni sanitarie (infermieri, ostetrici, fisioterapisti, farmacisti) ha dato origine al concetto di *Evidence Based Practice* (EBP), ovvero di una pratica professionale basata sulle evidenze scientifiche.

(20) Il modello dell'audit in sanità consiste nella "analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza medica (o sanitaria) che valuta le procedure clinico/organizzative utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli *outcome* risultanti e la qualità di vita per i pazienti".
L'audit si concretizza in una "iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i professionisti stessi esaminano la propria attività ed i propri risultati, in confronto a standard espliciti, e la modificano se necessario".
La verifica tramite audit non deve essere confusa con l'attività corrente di raccolta di dati di attività o con la ricerca clinica. La ricerca scientifica tende a definire le caratteristiche della buona pratica su terreno ignoto, mentre l'audit verifica la buona qualità della pratica corrente, in questo caso dell'attuazione del percorso, rispetto a indicatori e standard noti.

(21) Il diabete mellito di tipo 2 è di gran lunga la forma di diabete più frequente (interessa il 90% dei casi) ed è tipico dell'età matura.

(22) Si procede inoltre all'esecuzione della glicemia capillare, rilevazione peso corporeo, circonferenza vita, ispezione piede, valutazione polsi periferici, prelievo per: glicemia, Hb glicata, microalbuminuria, creatininemia, colesterolo, trigliceridi, HDL, es. urine, valutazione sullo stile di vita (fumo, alimentazione, attività fisica), calcolo rischio cardiovascolare.

(23) Il *case manager* letteralmente è il coordinatore/gestore del caso clinico, è colui che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso.
Il *case manager* opera, infatti, per soddisfare tutte le esigenze del paziente, intervenendo nei rapporti che egli ha con la famiglia, i vicini, le istituzioni ed anche il personale medico in tal modo egli è come se monitorasse il percorso clinico del paziente diventando garante dei suoi servizi e facilitando la comunicazione del paziente e il personale sanitario o pubblico. Apparentemente il case manager può sembrare un compito superfluo e privo di significato per il paziente ma in realtà egli svolge un ruolo molto delicato e molto importante per un paziente.
Grazie al *case manager* oggi si evita quella frammentazione e disgregazione assistenziale, si evita la mancata corrispondenza fra bisogno dell'utente e servizio progettato, si evita la mancata comunicazione tra paziente e personale medico, tra paziente e istituzioni pubbliche e tante altri piccoli problemi derivanti dal fatto che la "presa in cura del paziente" non era effettuata né dal medico, né dai servizi sociali per cui il mondo dell'utente era tutt'altro rispetto al mondo della sanità.
Il *case manager* non entra nel merito delle terapie impartite dai medici, piuttosto garantisce il corretto sfruttamento delle risorse e un adeguato progetto clinico in base ai bisogni dell'utente, per cui promuove la qualità e la realizzazione degli obiettivi prefissati: ottimizzazione e continuità dell'assistenza erogata, innalzamento della qualità della vita del paziente.
Il *case manager* opera negli Ospedali e nelle Asl, presso i Servizi sociali dei Comuni e in tutte le iniziative di caratte-

re sociale e sanitario che prevedono una collaborazione tra le varie forze del territorio.
Spesso tale figura è svolta da un infermiere.

(24) La letteratura anglosassone, con questo termine definisce "colui che presta le cure"; in particolare è la persona che all'interno della famiglia si assume in modo principale il compito di cura e di assistenza del non autosufficiente aiutandolo nella quotidianità dell'esistenza.
Distinguiamo due figure: il *caregiver* "informale", detto anche *primary caregiver*, può essere il figlio, il coniuge, più raramente un altro familiare o amico mentre il *caregiver* "formale" è l'infermiere o qualsiasi altro professionista.

(25) Per gli accertamenti che verranno eseguiti v. la nota 19.

(26) Il *benchmark*, in economia, è definito come il processo continuo di misurazione dei prodotti/servizi/processi attraverso il confronto con i migliori concorrenti o le aziende riconosciute come leader nei vari settori di mercato.

(27) Sotto questo aspetto sarà necessaria l'implementazione della strumentazione informatica attraverso la creazione di piattaforme condivise per lo scambio di informazioni.

(28) La sanità dal punto di vista informatico è caratterizzata da eterogeneità dei flussi informativi e dalla frammentazione di sistemi informativi, dove presenti.

(29) Con riferimento alla rete territoriale, il nuovo paradigma del "prendersi cura" è oggi in fase di sperimentazione in Regione Lombardia in ambito sanitario, con il modello CReG (*Chronic Related Group*), una modalità innovativa di presa in carico delle persone affette da malattie croniche, finalizzata ad assicurare la continuità del percorso assistenziale.
Il modello CReG si fonda su quattro pilastri:
1. un sistema di classificazione degli assistiti in funzione della cronicità, che identifica i pazienti affetti da patologie "croniche" (mono o poli-patologici), tramite algoritmi che "leggono" i flussi informativi istituzionali (BDA, banca dati assistito) utilizzando "traccianti" quali il consumo di farmaci, la specialistica ambulatoriale, i ricoveri e/o le esenzioni per patologia. Questo sistema di classificazione pone le sue radici nei primi anni 2000, quando presso alcune Asl lombarde nacque e si consolidò l'esperienza della BDA, che rappresenta la riconduzione a ogni singolo assistito di tutti i fenomeni sanitari che lo riguardano.
Ogni paziente viene classificato in base al suo tipo di cronicità, cioè allocato a una classe CreG che corrisponde a una patologia o ad associazioni di due o più patologie croniche prevalenti. Il processo di classificazione genera dei cluster di "malati cronici" clinicamente significativi e omogenei per assorbimento di risorse assistenziali;
2. un sistema di remunerazione che, in analogia col sistema dei DRG, assegna una tariffa a ogni raggruppamento omogeneo di patologia (o pluripatologia). La cosiddetta tariffa di responsabilità è una quota predefinita di risorse che viene corrisposta a un unico soggetto gestore. In analogia col sistema a DRG, la remunerazione è, quindi, predefinita e corrisposta al gestore per la presa in carico territoriale del paziente. La Regione ha potuto sviluppare queste tariffe grazie alla disponibilità di flussi informativi centrati sul paziente (BDA), che consentono di stimare la tipologia/quantità di risorse sanitarie consumate in un determinato periodo di tempo, per ogni classe CReG;
3. il piano assistenziale individuale, che tiene conto delle co-morbilità e degli scenari "reali" di consumo descritti da un "elenco prestazioni attese" (EPA), periodicamente fornito dalla Asl al gestore per ogni classe CReG. I pazienti cronici, affetti da più patologie, non seguono con elevata compliance i PDTA, per varie ragioni, e spesso effettuano prestazioni o assumono farmaci non correlati al problema clinico prevalente. Pur se linee guida e PDTA restano un riferimento per il singolo MMG nella pratica clinica, partendo dalle "prestazioni attese" oltre che dalla storia individuale, il MMG definisce un piano individuale di cura, personalizzato per ogni paziente. Il modello CReG non si fonda quindi su PDTA teorici che definiscono il percorso di cura per una singola patologia in condizioni "ideali", ma fotografa l'assistito nella sua condizione reale di bisogno attraverso l'EPA, che rappresenta l'insieme delle prestazioni più probabili per le diverse classi CReG.
4. una modalità di presa in carico omnicomprensiva dei malati cronici. Il CReG prevede la gestione attiva dei pazienti attraverso un nuovo soggetto gestore individuato dalla Asl (oggi cooperative di MMG), che si occupa di coordinare e di vigilare sul percorso di diagnosi e cura definito nei piani assistenziali individuali.
Il gestore deve garantire al paziente tutte le prestazioni extra-ospedaliere (follow-up e monitoraggio della persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica minore, farmaceutica), oltre a una serie di servizi aggiuntivi per una buona gestione clinico-organizzativa della malattia. Nella fase attuale, le cooperative di medici si avvalgono di un sistema informativo sviluppato da Lombardia Informatica per le esigenze del progetto CReG e di un "centro servizi" che supporta il MMG nel coordinamento di varie prestazioni e servizi dedicati al paziente, anche con il supporto della telemedicina.

(30) La legge 189, di conversione del Decreto Balduzzi, ha previsto la possibilità per le Asl di adottare forme di finanziamento "a budget" anche per il Distretto Sanitario.

(31) V. gli articoli 45 e 13-*bis* dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8, D.Lgs. 502/1992 e smi.

(32) Per una maggiore chiarezza vedi gli articoli 8 e 59 del ccnl MMG.

(33) V. art. 59 del ccnl MMG: "… il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. *d)*, del suddetto decreto legislativo, si articola in:
a) quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;
b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;
c) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle aziende.
2. Gli accordi regionali, possono definire eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari".

(34) Accordo integrativo regionale ai sensi degli articoli 5 e 6 del ccnl MMG 8 luglio 2010.

(35) L'accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante Intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i MMG stabilisce, all'art. 1, che: "Le linee di riferimento per il nuovo Piano sociale e sanitario regionale pongono come obiettivi centrali la garanzia per i cittadini della continuità delle cure e dell'appropriatezza dell'assistenza, attraverso il nuovo modello organizzativo che prevede:

1. lo sviluppo organizzativo dei NCP, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) per le esigenze assistenziali, anche urgenti, nell'arco delle 24 ore ed in tutte quelle situazioni in cui non sia appropriato il ricovero ospedaliero;
2. l'individuazione di aree di autonomia e responsabilità, attraverso un percorso che tenga in giusto conto le caratteristiche proprie del NCP;
3. lo sviluppo degli investimenti tecnologici per l'implementazione e il completamento della rete informativa anche con gli studi medici (progetto SOLE);
4. lo sviluppo della formazione e della ricerca;
5. l'integrazione delle attività professionali sanitarie e sociali.

Obiettivo di sviluppo sarà caratterizzare i NCP con una sede di riferimento, tenuto conto delle caratteristiche del territorio, che favorisca l'integrazione dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta con il servizio infermieristico ed il servizio sociale, a supporto dell'assistenza medica erogata sul territorio, al fine di garantire percorsi condivisi per la continuità assistenziale. Nella stessa sede saranno assicurati l'accesso per l'assistenza sociale, l'assistenza ostetrica e i servizi di base del Dipartimento di Sanità pubblica e del Dipartimento di Salute mentale. Andranno definite le modalità di integrazione dell'attività dei medici di continuità assistenziale con i medici di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, il sistema dell'emergenza, al fine di creare maggiore sinergia nell'ambito dell'organizzazione del NCP in funzione di un sempre più efficace intervento assistenziale in grado di ottimizzare la risposta alle esigenze di salute dei cittadini. Sempre nell'ambito di percorsi condivisi, i cittadini di quell'area territoriale potranno rivolgersi anche alla sede di riferimento del NCP, per un problema ambulatoriale urgente e/o per assistenza mirata a determinate patologie. La sede potrà essere individuata, in maniera condivisa, in una sede di medicina associata o in uno degli studi di singoli medici. I medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta potranno svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura.

La responsabilità del NCP è affidata ad un coordinatore, individuato fra i medici di scelta su indicazione dei medici operanti nel Nucleo, il cui profilo funzionale è definito nell'Allegato 3. Attraverso i coordinatori del NCP potranno trovare riconoscimento e sviluppo le peculiari specificità dell'approccio assistenziale della medicina generale, i cui contenuti formativi ed i relativi modelli operativi, decisionali, relazionali ed ambientali non possono essere mutuati o riprodotti dall'esperienza assistenziale ospedaliera. Le forme associative dei medici, previste dall'ACN, possono essere considerate funzionali allo sviluppo del NCP. Si ritiene di promuovere la trasformazione delle forme associative, già attivate, verso forme più idonee allo sviluppo della progettualità dei Nuclei, senza peraltro rinunciare alla capillare presenza del medico di medicina generale sul territorio. Il pieno sviluppo delle attività previste per i NCP e la collaborazione professionale tra i MMG saranno facilitate anche dalla modifica dell'attuale rapporto ottimale tra medici di assistenza primaria ed abitanti (1/1.300). Tale scelta, mediata da elementi di flessibilità sulla base di particolari situazioni locali (o altre situazioni valutabili in sede di Comitato Aziendale), costituisce condizione indispensabile per promuovere la stabilità occupazionale dell'area, con garanzie concrete di lavoro e di guadagno in tempi accettabili per i medici neoinseriti, favorendone così il pieno impegno nell'ambito dei NCP.

A sostegno del predetto modello organizzativo, il progetto SOLE costituisce lo strumento informatico per la realizzazione di una rete integrata finalizzata allo scambio di informazioni, all'interno della quale il medico di medicina generale potrà più compiutamente sviluppare il suo ruolo di riferimento clinico per il trattamento delle patologie più comuni e, in particolare, l'accompagnamento del paziente affetto da patologie croniche. L'evoluzione tecnologica pone la necessità di adeguati investimenti atti a garantire lo sviluppo dell'informatizzazione dei medici di medicina generale che potrà essere anche occasione per concordare standard e modalità per la tenuta della scheda individuale, per la condivisione di documentazione on-line fra gli studi dello stesso NCP e con l'Azienda usl, nonché per la realizzazione di progetti specifici di natura epidemiologica e di revisione della qualità. Il medico di medicina generale, nel suo ruolo di primo contatto con il sistema sanitario da parte del cittadino e della sua famiglia e di osservatore dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, rappresenta il soggetto privilegiato per la costruzione di un sistema di conoscenze dei bisogni che è parte fondamentale del processo di cura, in modo integrato e della formazione della committenza. Sempre al fine di sostenere lo sviluppo evolutivo del NCP la formazione dei medici di medicina generale è uno degli strumenti attraverso i quali si forniscono competenze finalizzate alla appropriatezza clinica, oltre che al governo complessivo del sistema delle cure primarie, nonché di promozione dell'integrazione del medico di medicina generale con le altre figure coinvolte nell'assistenza. Il coordinamento funzionale dell'attività sarà reso possibile anche attraverso la partecipazione dei medici di medicina generale alle opportunità culturali e professionali connesse con la pratica professionale in forma coordinata ed integrata. Il Centro regionale di formazione, già attivato nella Regione Emilia Romagna, dovrà acquisire un ruolo di coordinamento ed indirizzo delle attività di formazione, ricerca e sperimentazione dei MMG nelle diverse realtà aziendali e di promozione per la strutturazione delle attività previste dall'ACN, correlate alle attività formative della medicina generale territoriale, con particolare riferimento a quelle di docenza e di tutoring nell'ambito del tirocinio pre e post laurea così come specificato nella parte normativa (art. 20)".

(36) Vedi determina n. 4524/2014: "Protocollo d'intesa tra Asl Frosinone ed i MMG per la gestione delle attività della Casa della Salute Pontecorvo Cassino di cui ai DCA Regione Lazio n. U00428/2014" ed il "Regolamento interno ruolo dei MMG all'interno della Casa della Salute".

(37) I MMG assicurano, nei PDTA, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni rese ai propri assistiti con riferimento alle patologie croniche di maggior impatto prevedendo al riguardo, in collaborazione e con il supporto delle competenti strutture distrettuali, l'adozione delle modalità di azione proprie del *Chronic Care Model*.

(38) L'UCCP si configura come la struttura in grado di garantire una continuità dell'assistenza, ma anche come servizio per la presa in carico globale dei malati cronici attraverso percorsi di supporto e di assistenza da parte di una équipe multi-professionale. Progetti personalizzati vengono creati e offerti ai soggetti non autosufficienti per garantire risposte socio-sanitarie adatte alla complessità dei loro bisogni. Inoltre, la stessa vuole garantire la semplificazione dell'accesso ai servizi della salute attraverso lo snellimento delle procedure, l'integrazione fra servizi, l'informatizzazione delle comunicazioni e del passaggio di dati.

(39) Il Protocollo sopra richiamato prevede all'art. 3, lett. *a)*, che durante la propria attività di UCP, il MMG potrà assicurare, altresì, per le strutture dotate di PPI, in collaborazione con i relativi sanitari, i codici bianchi e verdi secondo specifici e separati accordi che tengano conto del contesto locale.

Modello di integrazione dei servizi socio sanitari per i minori e gli adolescenti a rischio di dispersione scolastica

Francesca Nardelli
Event & Network Project Manager, Consultant LUISS Business School, Università LUISS Guido Carli

Scopo del lavoro è la ricerca di un modello organizzativo dei servizi socio sanitari per la cura dei bisogni e la tutela dei diritti dei minori, dall'infanzia all'adolescenza, con specifico riguardo all'esigenza di agevolare la creazione, a livello del territorio, di una rete integrata e coordinata di servizi in grado di contrastare il disagio scolastico e il connesso fenomeno dell'abbandono.

Saper affrontare la condizione di disagio dei minori e promuovere il recupero dei ragazzi è un compito complesso che richiede preparazione, esperienza e differenti competenze professionali da parte di figure che operano in rappresentanza di varie Istituzioni, pubbliche e private (Comuni, Province, Regioni, Asl, Aziende Ospedaliere, Cooperative, scuole, Tribunali dei Minori, Forze dell'Ordine, ecc.). Attorno ai ragazzi e alle famiglie interessate ruotano operatori quali assistenti sociali, esperti di pedagogia, pediatri, psicologi, neuropsichiatri, insegnanti, giudici minorili.

È necessario superare la frammentazione dei servizi per la tutela e il sostegno dei minori, che causa ritardi con conseguente dispersione delle risorse e aumento di costi sul sistema, e limita l'efficacia degli interventi sui ragazzi interessati da disagio giovanile e a rischio di prematura uscita dal sistema scolastico. Il lavoro evidenzia l'importanza dell'integrazione progettuale, fase attraverso la quale gli operatori si confrontano concretamente sulla situazione problematica e progettano in équipe una serie di interventi, e della successiva valutazione degli esiti del progetto di recupero e misurazione dell'efficacia dell'intervento.

1. Introduzione e scopi

Il principale scopo di questo lavoro è individuare se esista un modello di buona pratica di organizzazione dei servizi socio sanitari territoriali che si occupano della protezione dei diritti dell'infanzia, dei minori e degli adolescenti, che agevoli l'accesso ad una rete integrata e coordinata di servizi socio sanitari, con l'obiettivo di contrastare il disagio scolastico giovanile e il fenomeno della dispersione scolastica. Azioni integrate per la salute e la prevenzione del benessere dei minori e degli adolescenti, coordinate a livello di territorio, possono infatti contrastare il fenomeno della dispersione scolastica legato al disagio a scuola.

L'organizzazione dei servizi socio sanitari territoriali risponde ai bisogni dei minori interessati da disagio scolastico e a quelli delle famiglie, di una presa in carico globale del caso? Questa la domanda alla quale si cercherà di dare risposta.

Si ritiene, infatti, che esista una stretta dipendenza tra la possibilità di aiutare e realizzare con successo il recupero dei minori a rischio dispersione, e il grado di integrazione e coordinamento tra i servizi e le risorse messe a disposizione della famiglia.

Oggi i pediatri o i medici di libera scelta, i Servizi di tutela della salute mentale e della riabilitazione nell'età evolutiva, infanzia e adolescenza (TSMMEE), i servizi psichiatrici delle Asl, i servizi scolastici, e nei casi più complessi la Magistratura minorile e le Forze dell'Ordine, lavorano in modo non collegato anche su diversi territori, pur rappresentando servizi territoriali, e offrono una varietà di percorsi e competenze che spesso non corrispondono ai reali bisogni delle famiglie di presa in carico del problema, con una conseguente dispersione delle risorse utilizzate.

I *nuovi modelli organizzativi della Casa della Salute*, in una prospettiva di riorganizzazione dell'assistenza primaria e di razionalizzazione della spesa, si muovono nella direzione di una maggiore integrazione dei servizi sociali e sanitari e di collaborazione con il sociale privato, le scuole e le famiglie.

Anche il Patto della Salute 2014-2016, art. 6, stabilisce che l'accesso alla rete integrata dei servizi socio sanitari avvenga attraverso un "punto unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socio assistenziale adeguato alle sue necessità e condizioni, e stabilisce che le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, in particolare per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze (1).

2. Definizione del problema

2.1 Svantaggio scolastico

Quando si parla di disagio scolastico e giovanile si intende (Mancini, Gabrielli, 1998) "uno stato emotivo, non correlato significativamente a disturbi di tipo psicopatologico che si manifesta attraverso un insieme di comportamenti disfunzionali che non permettono al soggetto di vivere adeguatamente le attività di classe e di apprendere con successo, utilizzando il massimo delle proprie capacità cognitive, affettive e relazionali".

Alcune tra le possibili manifestazioni del disagio a scuola sono:

- disturbi specifici di apprendimento (DSA: dislessia, discalculia, disgrafia, ecc.);
- disinvestimento/flessioni del rendimento;
- difficoltà relazionali/emozionali e del comportamento.

Lo svantaggio scolastico, che interessa una vasta area di alunni in ogni scuola, non va confuso con i deficit e gli handicap fisici, psichici o sensoriali, per i quali la L. 140/92 prevede tutele specifiche finalizzate a garantire la piena integrazione della persona handicappata nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società (2).

Si tratta piuttosto dei cosiddetti *bisogni educativi speciali* (BES), che riguardano i ragazzi con altre forme di difficoltà, quali il *deficit dell'attenzione e dell'iperattività* (ADHD), border line cognitivi, deficit del linguaggio, ritardo nello sviluppo o altri bisogni speciali che possono manifestarsi, in modo temporaneo o con continuità, per motivi fisici, psicologici, sociali, e che richiedono da parte delle scuole una risposta adeguata e personalizzata (3).

Ragazzi da considerare nel quadro dei BES, sono anche gli alunni cresciuti in situazioni familiari e sociali marginali, in contesti degradati, o che vivono in famiglie difficili dove sono presenti dipendenze o patologie psichiatriche gravi, che possono indurre i ragazzi in comportamenti criminali o deviati, ecc. (Pietropolli Charmet, 2010).

La materia è disciplinata dalla L. 8 ottobre 2010, n. 170 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico" e dalla direttiva ministeriale del MIUR del 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali" e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica" che sancisce che "L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di *speciale attenzione* per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse".

La normativa vigente delinea e precisa la strategia inclusiva della scuola italiana al fine di realizzare appieno il diritto all'apprendimento per tutti gli alunni e gli studenti in situazione di difficoltà; sancisce la "presa in carico" dell'alunno con bisogni educativi speciali da parte della scuola, che deve mettere a punto un percorso individualizzato e la redazione di un piano didattico personalizzato, che funziona come strumento di lavoro per gli insegnanti ma anche come mezzo per documentare la strategia d'azione programmata alle famiglie (Andrich, Majocchi, 2011).

In base alla nuova normativa sui BES, la personalizzazione dei percorsi didattici può avvenire anche in assenza di una specifica certificazione (Falcone, Bartolommei, 2013). La presentazione di una documentazione clinica da parte delle famiglie verso le scuole ha un ruolo informativo, certamente essenziale, ancor più se è dettagliata. La redazione del Piano è attivato dalla scuola in collaborazione con la famiglia e con i Servizi. L'individuazione dell'alunno con BES può avvenire su richiesta della famiglia, e in base ad una diagnosi, oppure su decisione autonoma della scuola, anche in assenza di diagnosi.

La mancata gestione da parte delle scuole delle difficoltà e dei bisogni speciali dei ragazzi e l'insufficienza di misure adeguate per garantire l'inclusione scolastica, possono comportare come conseguenza la perdita di anni scolastici e il conseguente abbandono degli studi. Questi ragazzi sono esposti al rischio di esclusione, possono diventare rapidamente un problema sociale o, ancora peggio, manifestare problemi di salute mentale (Mian, Fanni Canelles, 2007).

Il bambino o ragazzo interessato da un disagio dell'età evolutiva, e a rischio abbandono scolastico, dovrebbe essere preso in "carico" dal servizio di tutela dei minori (TSMMEE), che a sua volta coinvolge se necessario gli assistenti sociali e il pediatra o medico di libera scelta, e quindi, dalla scuola, attraverso la predisposizione di un percorso individualizzato.

Risulta dunque essenziale, al fine di promuovere il recupero dei ragazzi interessati da disagio o da svantaggio scolastico, un elevato coordinamento tra tutti gli attori coinvolti e una forte integrazione tra le risorse messe a disposizione della famiglia (Campanini, 1993).

2.2 Il problema della dispersione scolastica in Italia

Il rapporto di Tuttoscuola (2014) denuncia che negli ultimi 15 anni quasi 3 milioni di ragazzi italiani iscritti alle scuole superiori statali non hanno completato il corso di studi. Rappresentano il 31,9% di circa 9 milioni di studenti, negli ultimi 15 anni uno su tre "si è disperso, come si dice nel gergo sociologico". Oggi abbiamo una dispersione scolastica tra le più alte d'Europa, pari al 17,6% (4).

Il dato allarmante tuttavia, secondo una ricerca promossa dalla Fondazione Exodus, è che 6 adolescenti su 10 sono a rischio *dropout*, dunque il numero degli abbondoni scolastici potrebbe salire ulteriormente. Secondo tale ricerca, infatti, il 63,1% dei ragazzi dai 16 e i 18 anni è a rischio abbandono scolastico. Il rischio si mantiene alto anche per la fascia tra i 14 e i 16 anni (49,8%), fascia alla quale appartengono anche quattordicenni in possesso della sola licenza elementare o che hanno ripetuto più volte le medie, con un rapporto molto conflittuale con la scuola, che non intendono più frequentare.

Dispersione scolastica si traduce in disoccupazione, in particolare della categoria dei NEET (*Not in Education,*

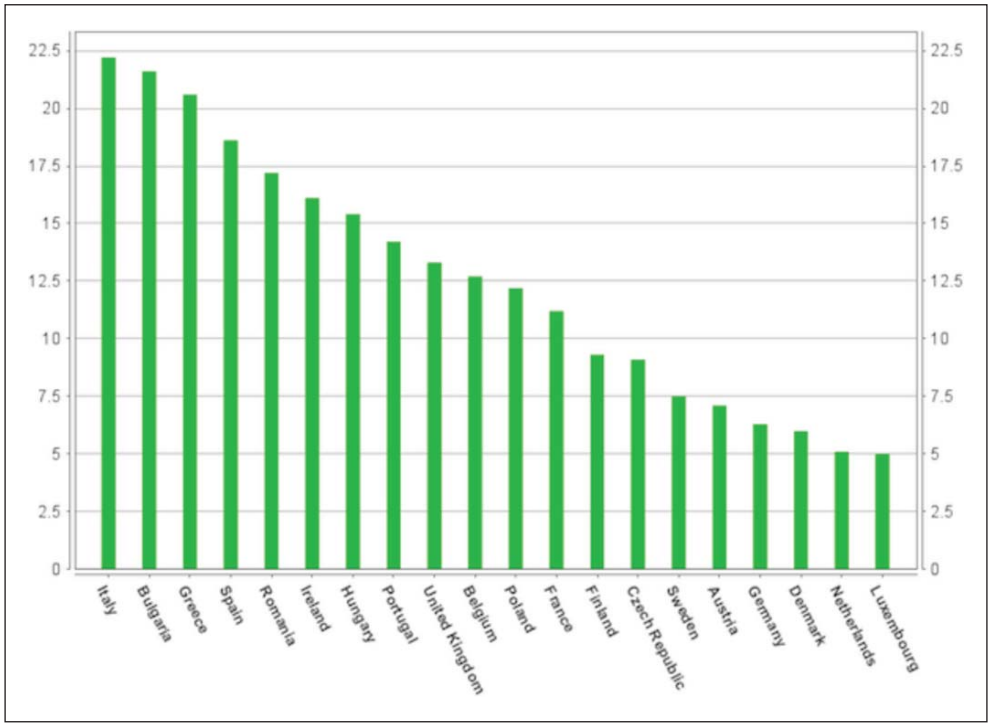
Employment or Training) (Santoro, 2014), giovani tra i 15 e i 29 anni che non studiano, non lavorano, non fanno formazione o apprendistato e che secondo l'Istat corrispondono a 2,2 milioni, pari al 23,9% di quelle classi di età. I NEET vengono introdotti per la prima volta nel 2002 in un articolo di John Bynner e Samantha Parsons del *National Research and Development Centre for Adult Literacy and Numeracy , Institute of Education, University of London*: "Social exclusion and the transition from school to work: the case of young people Not in Education, Employment, or Training (NEET)".

Secondo i dati Eurostat, oggi l'Italia è il paese europeo con la più alta percentuale di giovani NEET: un italiano su quattro tra i 15 e i 24 anni non lavora, né studia, né si sta formando. Con il protrarsi della crisi economica e occupazionale, questo dato sembra destinato ad aumentare, in assenza di interventi efficaci.

Chi sono i NEET? Sono ragazzi privi di strumenti culturali e di interessi, a rischio di esclusione sociale, che si ritirano nella propria abitazione, nella propria stanza, per mesi o per anni, impegnati nei loro interessi (fumetti, computer, Internet, chat, videogiochi, ecc.). Secondo il documento "La Buona Scuola" di novembre 2014, che il Governo sta promuovendo come base della prossima riforma scolastica, gli *Early leavers* sono "giovani disaffezionati da una scuola che non riesce a tenerli con sé", che spesso vivono in contesti socio-economici difficili.

Il disagio a scuola rappresenta un fenomeno che può degenerare molto facilmente in abbandono scolastico. Tra le variabili che concorrono al fenomeno dell'abbandono scolastico, oltre alle condizioni socio-culturale della famiglia, alle dinamiche soggettive riconducibili allo studente (emarginazione) o legate a difficoltà relazionali all'interno del gruppo (fenomeno del "bullismo"), si riconosce l'irregolarità della carriera scolastica, assenza o ritardo nell'individuazione di deficit cognitivi (disturbi dell'apprendimento, deficit dell'attenzione, border line cognitivi, deficit del linguaggio, ecc.) con conseguente demotivazione e bassa autostima dello studente, e ritardo nella presa in carico da parte di tutti gli specialisti necessari per sostenerne il recupero (Molin, Andrich, 2012).

Fig. 1 - Tasso di giovani che non studiano, non lavorano, non sono in formazione (NEET), 15-24 anni



Fonte: Eurostat 2013.

3. Metodologia

Dopo aver analizzato il contesto dei servizi socio sanitari e la loro progressiva evoluzione, sono stati esaminati tre casi di esperienze di Regioni di Italia (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio). Il materiale raccolto è stato utilizzato anche per accennare ad un confronto tra i diversi modelli di welfare regionale e delle reti territoriali, volti a superare la frammentazione dei servizi.

La documentazione è stata arricchita dall'intervista con la Prof.ssa Isabella Mastrobuono, Direttore Generale della Asl di Frosinone e con la Prof.ssa Maria Luisa Raineri, dell'Università Cattolica di Milano e Centro Studi Erickson di Trento (Centro Studi sui problemi della riabilitazione e dell'inserimento sociale delle persone con disabilità mentale, difficoltà di apprendimento o con problematiche adolescenziali e sociali). Ulteriore materiale raccolto ha riguardato l'esperienza di "Rifornimento in Volo" di Roma, Cooperativa sociale Onlus collocata tra i servizi sociali e sanitari pubblici e privati che si occupano di adolescenza e di giovani adulti. Tra gli obiettivi della Cooperativa, la sperimentazione di nuovi modelli di accoglimento e di intervento per la promozione della salute psicologica e dello sviluppo educativo.

4. Analisi di contesto dei servizi socio sanitari

I servizi integrati di assistenza socio-sanitaria comprendono una serie di *interventi destinati a fasce di cittadini* - minori nel caso del presente studio - *in condizioni di disagio psico-fisico e quindi particolarmente bisognose che questi interventi, spesso complementari rispetto alle prestazioni sanitarie, siano tempestivamente erogati nei modi, nei tempi e nelle sedi appropriate. L'assistenza socio-*

sanitaria rientra tra le forme di erogazione di assistenza primaria, e configura un livello assistenziale in cui ci si riferisce non a singole prestazioni ma a pacchetti di prestazioni multidisciplinari e multiprofessionali (Mastrobuono, 2014).

I servizi che si occupano di tutela dei minori in Italia sono stati interessati da una progressiva evoluzione, a partire dalla fine degli anni '70 fino ad oggi, in risposta ad una domanda crescente e a bisogni sempre più complessi, a seguito delle profonde trasformazioni economiche, sociali, culturali che hanno riguardato il nostro Paese e le dinamiche socio-demografiche che hanno interessato le famiglie, con ricadute verso i minori e gli adolescenti e il sistema del welfare, con una attenzione sempre maggiore per la protezione dei diritti dell'infanzia (5).

Negli anni '90 (Bertotti, 2010) l'offerta dei servizi socio sanitari si presenta in modo molto differenziato nelle varie Regioni italiane, anche a causa delle diverse posizioni che si sono formate nelle Regioni con la L. 833/78 e l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. In alcune Regioni, infatti, la Usl era vista come luogo dell'integrazione sociosanitaria e riceveva una delega dai Comuni per lo svolgimento di funzioni socio-assistenziali, anche dal punto di vista finanziario (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Toscana, Umbria). In altre Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Marche) i Comuni hanno delegato solo parzialmente le proprie funzioni e risorse finanziarie. Nelle centro-sud le Regioni hanno mantenuto una divisione tra il sistema sanitario, in capo alle Usl, e il sistema socio-assistenziale, proprio dei Comuni, con conseguenze negative per quanto riguarda lo sviluppo dei servizi tutela per i minori (Gori, 2004).

Appare evidente, per questa tipologia di servizi di assistenza primaria, l'importanza dell'istituzione dei "distretti sanitari di base", e in particolare di un distretto "forte" organizzato per centri di responsabilità, che la L. 833/1978 ha definito come "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento". *Il Distretto infatti, vera essenza della riforma sanitaria, assume la fisionomia di un centro dove il medico della medicina generale e il pediatra vengono affiancati da altre figure professionali sanitarie, e dove anche personale dipendente da altri enti, come gli assistenti sociali, possono essere inseriti in programmi congiunti di azione verso individui e gruppi vulnerabili e a rischio*. Un modello organizzativo per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione e al trattamento delle disabilità e malattie di minore gravità, particolarmente rispondente per quei casi che non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica (Mastrobuono, Cicchetti, Guzzanti, Mazzeo, 1999).

A seguito del processo di aziendalizzazione delle Usl, con il D.Lgs. 502/1992, le Regioni hanno rafforzato il proprio ruolo normativo e di programmazione e le Asl sono diventate "enti strumentali delle Regioni". I Comuni, inizialmente esclusi dalla gestione e programmazione socio sanitaria, hanno successivamente recuperato in parte il ruolo con il riordino del sistema delle autonomie locali (D.P.R. 229/1999) (Battistella et al., 2004), e la possibilità di intervenire nella programmazione e valutazione dell'attività dell'Azienda Usl e del direttore generale, organo monocratico nominato dalla Regione e responsabile della gestione dell'Azienda sanitaria.

È negli anni '90 che i servizi pubblici iniziano a svilupparsi e che si sperimentano le prime forme di integrazione tra enti pubblici e di collaborazione pubblico-privato (consorzi, accordi di programma, protocolli d'intesa, convenzioni).

Con la L. 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", e le altre leggi approvate negli anni '90 in tema di protezione dell'infanzia, prende avvio un nuovo processo di programmazione di interventi nel settore dell'infanzia, focalizzati sulla tutela e prevenzione dei bisogni dei minori, con finanziamenti che rappresentano per l'Italia una novità rispetto ad altri paesi nordeuropei (Gulmini, 2012). Il nuovo modello organizzativo dei servizi sociali ed educativi è basato sulla centralità del territorio, spazio vicino ai cittadini in grado di raccoglierne esigenze e potenzialità, e sulla progettazione partecipata degli interventi. Si cominciano a sviluppare i servizi tutela minori e l'utilizzo dei protocolli operativi di intesa interistituzionali, allo scopo di coinvolgere diverse professionalità e servizi sia dell'ambito sanitario che di quello sociale, integrati al fine di garantire una presa in carico globale del caso, e non frammentata.

Negli anni successivi si assiste al progressivo coinvolgimento anche delle istituzioni scolastiche, affinché siano sempre più preparate adeguatamente per riconoscere e gestire i primi segnali del disagio, migliorando il coordinamento con i servizi psichiatrici e con le strutture sanitarie per la rilevazione di abusi o segnali di maltrattamento.

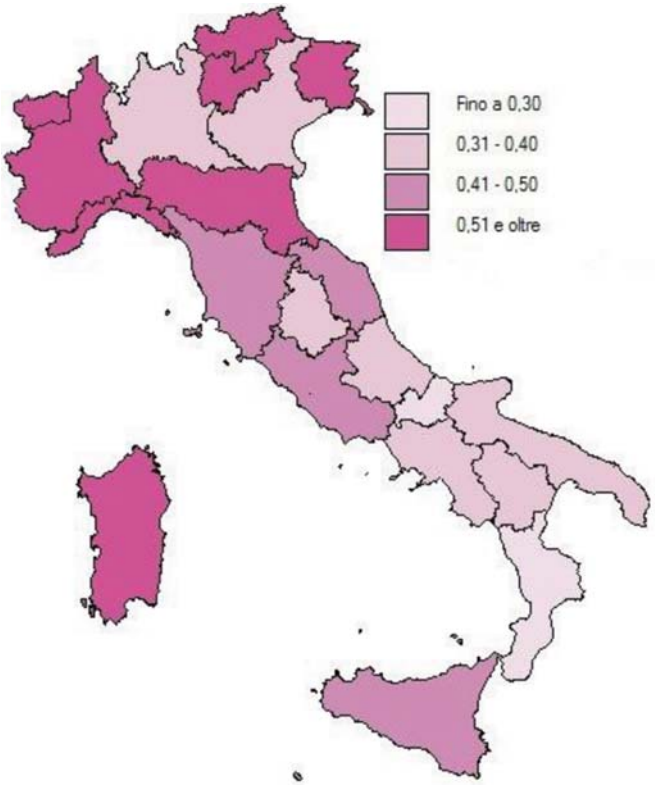
Gli anni 2000 sono interessati dalla *riforma dei servizi sociali* (L. 328/2000) e da nuove modalità di finanziamento e programmazione territoriale degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza, in particolare attraverso il Piano di zona, strumento di programmazione locale degli interventi e dei servizi socio-assistenziali in ambito territoriale per la promozione e protezione degli interessi specifici della popolazione.

I Comuni si riappropriano di un ruolo primario nella programmazione locale, che non solo deve integrarsi con quella dell'Azienda sanitaria ma coordinarsi anche con gli altri attori locali, del pubblico e del privato sociale.

La riorganizzazione dei servizi a livello comunale però, e il ritiro di alcune deleghe dai Comuni alle Aziende sanitarie, comporta come conseguenza la perdita dell'approccio multiprofessionale e interdisciplinare propria della Azienda sanitaria, necessario in questo ambito per il raggiungimento di risultati efficaci.

Le nuovi soluzioni organizzative per garantire integrazione tra interventi sociali e sanitari sono, in alcune aree, l'organizzazione di un servizio tutela che coincide a livello territoriale con i distretti della Asl, in altre l'istituzione di Uffici di Piano incaricati di governare l'intero sistema di servizi o di Aziende speciali per la gestione dei servizi sociali (Gulmini, 2012).

Fig. 2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione (2010, valori percentuali sul PIL)



Fonte: Interventi e Servizi Sociali dei Comuni, Report ISTAT 2010

Da segnalare, infine, che i Servizi sociali e l'assistenza socio-sanitaria, ancora non risultano coperti da una statistica ufficiale. Il gap informativo è da attribuire sia alla carenza di risorse disponibili sia alla difficoltà di coordinamento delle Istituzioni pubbliche coinvolte in questa attività (Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, ISTAT 2013).

5. Alcune esperienze raccolte

5.1 Emilia Romagna: Asl Bologna

Piano di Zona per la salute e il benessere sociale Azienda Usl di Bologna, Distretto di Pianura Est

L'Azienda Usl di Bologna è una della maggiori aziende sanitarie in Italia per dimensioni e complessità assistenziale, il suo territorio comprende 50 comuni su un'area di 3.000 chilometri quadrati circa, per una popolazione di oltre 850.000 abitanti (poco meno di un quinto del totale dell'Emilia Romagna), con oltre il 23% di over 65, circa l'8% di ultraottantenni e l'11% di residenti stranieri. L'Azienda è anche sede di un Irccs, l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, che attraverso lo stretto legame con l'assistenza clinica e territoriale può garantire la ricerca, la formazione, cure ed assistenza, all'interno di percorsi completi di presa in carico del paziente.

L'Azienda Usl di Bologna è articolata in 6 distretti territoriali, essenziali per il governo aziendale, 7 dipartimenti ospedalieri, 9 presidi ospedalieri, 4 Case della Salute, 54 poliambulatori. Al suo interno operano oltre 8.200 professionisti, tra medici, operatori assistenziali, ai quali si aggiungono i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali e di continuità assistenziale.

I distretti rappresentano il luogo dove si esprime la domanda, attraverso bisogni individuali e collettivi, alla quale va collegata un'adeguata risposta tramite la messa in rete di tutte le risorse pubbliche disponibili e l'attivazione di relazioni interistituzionali.

Nel 2009, nell'ambito dei Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale del Distretto Pianura Est, al quale appartengono 15 comuni dell'hinterland bolognese, si è costituito un gruppo di lavoro tematico interistituzionale finalizzato ad affrontare il tema del disagio in età evolutiva con particolare attenzione al disagio scolastico e al contrasto alla dispersione scolastica e formativa (6).

Il gruppo era composto da operatori dei Comuni, dei Servizi Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Servizio Sociale Minori dell'Azienda Usl di Bologna; da rappresentanti delle Istituzioni scolastiche ed educative e dei Centri di Formazione Professionale presenti nel territorio distrettuale.

Il lavoro ha avuto come scopo principale quello di effettuare una ricognizione all'interno del distretto sul fenomeno del disagio e della dispersione scolastico-formativa, per poter arrivare a definire alcuni punti di riferimento condivisi per l'azione delle varie istituzioni del territorio coinvolte e di quanti, a vario titolo, intervengono nella prevenzione e nel contrasto alla dispersione scolastica e formativa. Il lavoro ha avuto come principali risultati la messa a punto di azioni coordinate a livello territoriale, la condivisione di buone prassi e la promozione di strategie integrate di prevenzione e di promozione del benessere a scuola.

Il Gruppo di lavoro è partito dall'analisi di alcuni documenti provinciali precedentemente elaborati, dai quali risulta un'idea molto diffusa all'interno delle scuole, cioè che la scuola non possa risolvere il problema, in quanto non è un'azienda sanitaria né un servizio sociale. Ciò induce in molti casi gli insegnanti a rispondere con comportamenti non adatti a risolvere il problema. La scuola ricorre ai servizi sanitari e sociali assumendo che questi, da soli, possono risolvere o attenuare il problema, dimenticando a volte che la stessa scuola svolge un ruolo molto importante nel processo di crescita dei ragazzi e può rappresentare una fonte di disagio o di benessere per i ragazzi che la frequentano.

Risulta interessante esaminare le azioni e gli strumenti elaborati dal Gruppo di lavoro, che rappresentano piccoli utili passi che le istituzioni coinvolte possono iniziare a realizzare, ciascuna per le proprie competenze e il ruolo che è chiamato a svolgere nella prevenzione e contrasto del disagio scolastico.

La scuola

Uno strumento interessante elaborato dal Gruppo di

lavoro è rappresentato da uno "Schema di azioni per favorire il benessere a scuola", uno strumento operativo snello e di immediato utilizzo, che consente di evidenziare le iniziative e i percorsi che la scuola del territorio interessato può mettere in atto per contrastare efficacemente le situazioni di disagio scolastico, in base all'autonomia scolastica, anche in assenza di finanziamenti aggiuntivi. Lo schema è articolato in aree di intervento, alle quali sono associati i principali obiettivi e alcune modalità attuative possibili, nonché i rispettivi riferimenti normativi che ne garantiscono la fattibilità.

L'analisi condotta secondo lo schema descritto consente di evidenziare gli spazi di iniziativa immediatamente praticabili da parte della scuola e le concrete possibilità di operare su questo terreno.

Sono state individuate diverse aree di intervento:

- azioni volte al recupero scolastico;
- educazione socio-affettiva-relazionale;
- educazione alla salute/prevenzione all'uso e abuso di sostanze;
- alfabetizzazione e mediazione culturale;
- laboratori teatrali ed espressivi di vario genere;
- sportelli d'ascolto;
- laboratori per lo sviluppo della cittadinanza attiva;
- orientamento.

La formazione professionale

Molte sono le iniziative che la formazione professionale potrebbe realizzare, nella prevenzione del disagio e per la promozione del successo formativo.

Prima fra tutte, la presa in carico degli adolescenti che risultano in evasione dal diritto-dovere all'istruzione e formazione (ex L. 53/2003), affidata ai Centri per l'impiego della provincia.

Dal lavoro della Asl di Bologna, emerge il ruolo che i Centri dell'impiego possono svolgere, nel sostenere le difficoltà dei ragazzi, mettendo in atto:

- incontri orientativi con i ragazzi e/o i genitori;
- azioni finalizzate al potenziamento delle abilità cognitive, emotive e sociali del giovane, prima ancora dell'avvio di un percorso personalizzato di orientamento scolastico e professionale;
- servizi di accompagnamento e tutorato personalizzato per accompagnare i ragazzi nei vari passaggi tra scuola e formazione professionale e nelle transizioni tra i diversi percorsi formativi o verso il lavoro, anche tramite contratti di apprendistato;
- percorsi che permettano un primo approccio al profilo professionale con attività di laboratorio.

Il ruolo dei servizi territoriali

Il ruolo dei servizi territoriali si concretizza essenzialmente in due direzioni:

- azioni di contatto periodico e di monitoraggio dei ragazzi "dispersi", o "a rischio di dispersione";
- supporto alla funzione genitoriale e alla famiglia quando non è in grado o ha difficoltà ad occuparsi della crescita dei figli, a causa di condizioni socio-economiche disagiate o per interventi dell'autorità giudiziaria, ecc.

La comunicazione e l'integrazione di interventi e risorse

Un altro orientamento chiaro che si evidenzia nell'esperienza di Bologna è la necessità di corresponsabilizzare i diversi soggetti coinvolti: le reti di attori che intervengono a livello territoriale devono conoscere le azioni attivate dagli altri enti e istituzioni, per evitare sovrapposizioni di interventi, e impegnare le proprie risorse in maniera concertata e su priorità condivise.

Il luogo in cui si fanno confluire in modo esplicito le informazioni sulle azioni di contrasto attivate contro il disagio e la dispersione scolastica, sugli impegni e le risorse messe in campo, è il Piano di Zona, nell'ambito del distretto.

Il Gruppo di Bologna ha elaborato uno "Schema di procedure per migliorare il sistema della comunicazione tra scuole, servizi sociali e sanitari e territorio" che prevede ad esempio l'organizzazione periodica a livello distrettuale di incontri ad hoc per lo scambio delle informazioni, l'attivazione di un ufficio di piano distrettuale, a supporto della programmazione degli interventi contro la dispersione, con il compito di facilitare il raccordo tra gli enti coinvolti e di individuare le risorse umane, strumentali e istituzionali da mettere in rete.

Un altro strumento interessante è rappresentato dagli "Indicatori di riferimento per individuare situazioni di rischio di dispersione", condivisi tra gli attori coinvolti.

Si conviene che si è di fronte ad un caso di rischio di abbandono scolastico nei seguenti casi:

- alunno che non si presenta a scuola fin dall'inizio dell'anno scolastico, per almeno 30 giorni, senza una ragione documentata;
- alunno che all'inizio dell'anno frequenta la scuola più o meno regolarmente e nei mesi successivi non frequenta per 30 giorni consecutivi, o per 60 giorni anche non consecutivi, senza una ragione documentata;
- alunno bocciato, che non presenta la re-iscrizione nella propria scuola;
- alunno di terza media iscritto in gennaio-febbraio ad una scuola superiore che non abbia riconfermato l'iscrizione a luglio;
- alunno straniero inserito ad anno scolastico iniziato, giunto in Italia per ricongiungimento familiare, con necessità di supporto linguistico.

Le buone pratiche

Un'altra buona pratica è rappresentata dall'istituzione di gruppi tematici specifici interistituzionali in modo da garantire una riflessione continua su temi legati al disagio scolastico e alla prevenzione di più gravi disturbi o psicopatologie. In particolare risulta utile il gruppo sugli "Sportelli d'ascolto" per il contenimento del disagio e la promozione del benessere di tutti i soggetti presenti nella scuola (bambini/ragazzi, genitori, educatori, insegnanti).

5.2 Lombardia: Asl Brescia

Un'esperienza di co-costruzione di uno strumento professionale per la gestione del servizio Tutela Minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria della Asl di Brescia e dell'Ambito n. 1 del Comune di Brescia

In Lombardia, è stata condotta una sperimentazione di co-progettazione degli interventi da parte del Servizio Tutela Minori della Asl di Brescia e del Comune di Brescia che rappresenta un'interessante esperienza di co-costruzione di strumenti professionali per la gestione del servizio per la tutela dei minori interessati da provvedimenti dell'Autorità giudiziale. La sperimentazione ha visto coinvolti gli assistenti sociali e gli psicologi, guidati da ricercatori e formatori dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano. Questa esperienza ha consentito di verificare sul campo l'impatto nei servizi e negli operatori di una modalità di lavoro di tipo progettuale, che, proprio perché ha interessato la difficile gestione dei casi di minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, può rappresentare una pratica e utile modalità operativa per favorire l'integrazione tra Asl e Comune, e per affrontare la difficoltà e le responsabilità che questo campo del lavoro sociale comporta (Gulmini, 2012).

Per iniziare una nuova modalità di collaborazione tra le due istituzioni, il primo passo è stata la stesura del Protocollo d'intesa tra Asl e Comune per la gestione del Servizio Tutela Minori, in linea con la normativa di riferimento nazionale (L. 328/2000) e regionale, per decretare la necessità di realizzare "interventi sociali e sociosanitari integrati in tutte le fasi del progetto individualizzato d'intervento".

Successivamente, sono state sviluppate alcune metodologie di lavoro condivise tra assistenti sociali e psicologi, finalizzate alla co-costruzione di strumenti professionali comuni per realizzare dei progetti individualizzati d'intervento dotati di rigore metodologico e di verificabilità rispetto agli esiti prodotti.

Si riportano qui di seguito alcuni strumenti professionali elaborati nell'ambito della sperimentazione della Asl e del Comune di Brescia.

La presa in carico del minore e il progetto individualizzato

Per la fase di presa in carico di un nuovo caso, è stata elaborata una "Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi", che ha principalmente l'obiettivo di favorire una reale partecipazione e coinvolgimento di tutti gli attori a vario titolo interessati al caso, e di dare risalto alla dimensione della programmazione degli interventi, secondo criteri metodologici rigorosi e appropriati.

A volte infatti, nei servizi di tutela prevale la logica dell'urgenza, anche a causa dell'aumento del numero di situazioni che oggi arrivano ai TSMMEE e della loro complessità, dei rilevanti carichi di lavoro degli operatori, della scarsità delle risorse che ormai contraddistingue il sistema di offerta dei servizi.

Attraverso questa scheda, gli operatori sono incoraggiati ad assumere pratiche lavorative in cui non vengono "dati per scontati" alcuni passaggi fondamentali della progettazione individualizzata dei casi (come l'individuazione degli indicatori in base ai quali definire il benessere o malessere di un minore, la definizione degli obiettivi del progetto, i criteri attraverso cui valutarne gli esiti ed eventualmente riprogettare, ecc.). La Scheda è stata apprezzata dagli operatori coinvolti nella sperimentazione, in quanto, "costringe" i professionisti a fermarsi e ad esplicitare l'idea progettuale che sostiene l'intero percorso di aiuto che si dovrà mettere in atto con un determinato minore e la sua famiglia.

Come si evince dal "Protocollo d'intesa tra Asl di Brescia e Ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'Autorità giudiziaria" (2010), il "Progetto Individualizzato d'Intervento deve prevedere":

- analisi della situazione di partenza;
- definizione di obiettivi- risultati attesi, coerenti con la situazione e con il mandato della magistratura;
- individuazione delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi;
- definizione dei tempi di massima di realizzazione delle singole azioni;
- risorse concretamente disponibili per il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- calendarizzazione degli incontri di verifica, tenendo conto dell'andamento del progetto individualizzato.

La realizzazione del progetto individualizzato presuppone il concetto di:

- presa in carico integrata e corresponsabilità nei confronti dell'obiettivo, nel rispetto delle reciproche competenze istituzionali e dell'autonomia e della responsabilità professionale;
- integrazione di risorse;
- predisposizione di criteri e strumenti condivisi di verifica e rivalutazione nel tempo, nel rispetto del mandato della magistratura;
- il coinvolgimento del minore e della sua famiglia nella costruzione del progetto, nella programmazione degli interventi e nella verifica degli obiettivi raggiunti;
- l'individuazione di un referente del caso.

Il Piano di azioni

In fase di descrizione del progetto individualizzato d'intervento per il minore, risulta utile predisporre una scheda, composta da 5 colonne (tabella 1) in cui vengono tracciati in modo schematico i diversi passaggi logici, tipici della fase progettuale.

Nella prima colonna si individueranno gli obiettivi del progetto, ovvero l'esplicitazione di che cosa si desidera cambiare per ciascuna situazione, che possono riguardare le caratteristiche dei singoli individui (atteggiamenti, comportamenti, ecc.), le relazioni tra due o più persone del sistema familiare o fra due o più sistemi (per esempio le relazioni tra genitori e scuola, tra il minore e il contesto extrascolastico, ecc.).

Gli altri campi della griglia consentono l'identificazione delle azioni specifiche da attuare e gli attori coinvolti, che assumeranno un ruolo preciso nel raggiungimento di quel determinato obiettivo, le risorse necessarie per realizzare le attività e quelle effettivamente disponibili in quel momento. Infine, il tempo necessario per raggiungere ogni obiettivo prefissato, in modo da garantire un maggior livello di concretezza.

Tab. 1 - Obiettivi, azioni e attori

Obiettivi	*Attività/Azioni*	*Attori*	*Risorse effettive disponibili*	*Tempi di raggiungimento dell'obiettivo*

La sperimentazione di questo semplice, ma utile strumento ha dimostrato come possa contribuire a migliorare anche la relazione tra l'assistente sociale e lo psicologo, in quanto, nell'esplicitare i vari passaggi logici, entrambi i professionisti, sono tenuti a chiarire le rispettive posizioni e punti di vista sul caso e questo può dunque facilitare i processi decisionali insiti nel percorso d'aiuto che si sta costruendo.

La valutazione dell'efficacia

Particolare attenzione è dedicata alla fase di valutazione dell'efficacia del Servizio Tutela Minori, partendo dalle valutazioni sui casi e dei risultati raggiunti nella progettazione individualizzata.

Per la fase di valutazione è stata costruita una tabella composta da cinque colonne (tabella 2), in cui sono state definite le diverse tappe che il team integrato dovrà realizzare per sviluppare nuove conoscenze attorno al progetto condiviso per un determinato minore, per rilevare e analizzare eventuali motivi di successo o insuccesso, affinché si possa procedere a una ri-progettazione del percorso d'aiuto in senso migliorativo.

Definire le *finalità* del progetto d'intervento, per gli operatori coinvolti nella definizione del piano significa rispondere agli interrogativi "cosa voglio valutare, e perché valuto?". In questo modo è possibile delimitare il campo d'azione del processo di valutazione, rispetto agli obiettivi indicati nel piano d'intervento, e aiuta i soggetti coinvolti ad attribuire anche un valore al proprio apporto professionale.

Per i *criteri* con cui valutare, vanno individuati aspetti oggettivi in base ai quali si possa esprimere un giudizio rispetto al raggiungimento di un certo obiettivo del programma di intervento. Andranno quindi definiti degli *indicatori* quantitativi o qualitativi, che potranno descrivere l'andamento del fenomeno che è stato scelto come "criterio guida" per la valutazione di un obiettivo.

È necessario quindi individuare le *fonti* e gli strumenti attraverso cui raccogliere le informazioni, come ad esempio visite domiciliari e colloqui con le famiglie, colloqui con gli insegnanti a scuola, professionisti di altri servizi specialistici. Ovviamente andrà indicato anche quando verrà effettuata la rilevazione delle informazioni.

In conclusione, i punti di forza che emergono da questa esperienza sono:

- l'integrazione progettuale, quale risultato di un processo, in cui gli operatori sono stati in grado di riflettere e confrontarsi sulla situazione problematica, esplicitando elementi altrimenti taciti, ritenuti erroneamente come "dati per scontati" e che in realtà condizionano gli operatori nelle loro decisioni;
- l'importanza attribuita alla dimensione valutativa che, fin dall'inizio, accompagna la progettazione individualizzata;
- il lavoro in équipe integrata anche in fase di valutazione degli esiti del progetto: l'individuazione dei punti di forza delle azioni messe in atto, o delle criticità, vengono condotte in équipe integrata, sia in itinere che a conclusione dell'intervento;
- la valutazione riguarda non solo gli esiti sul minore, ma anche sulla famiglia;
- la migliore definizione dei ruoli e divisione dei compiti degli operatori della Asl e del Comune.

5.3 Regione Lazio: Municipio IV di Roma

Un Progetto del Municipio IV di Roma Capitale per agevolare l'integrazione

Il Progetto "Pinco Pallo", promosso dal Municipio IV di Roma Capitale e attivo dal 30 giugno 2014, ha l'obiettivo di realizzare percorsi di sostegno e di recupero per i minori e le loro famiglie, che presentano situazioni di fragilità sociale e rischio di distorsione del processo evolutivo (rischio psicosociale e psicopatologico), sottoposti o meno a provvedimenti delle autorità giudiziarie (7). Il progetto rientra nel Piano nazionale degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza (Leggi 285/1997 e 328/2000).

Il progetto punta come risultato proprio a fortificare il sistema di aiuto presente sul territorio, che opera attraverso un Gruppo Integrato di Lavoro (G.I.L.), gruppo di lavoro integrato e pluridisciplinare per la prevenzione del disagio minorile e il trattamento dell'età evolutiva, composto da competenze e funzioni degli operatori del Servizio Sociale del Municipio, dei Servizi socio-sanitari della Asl RM B - I Distretto - e dei rappresentanti di altre agenzie pubbliche e private attive sul territorio.

Realizzato da un gruppo di organismi costituiti in ATI, che si collocano tra i servizi sociali e sanitari pubblici e privati che si occupano di adolescenza e di giovani adulti e operano in rete, in stretta connessione con la rete dei servizi pubblici e privati presenti sul territorio, l'iniziativa ha proprio il compito di *favorire l'accesso e l'utilizzo delle risorse da parte degli utenti, garantendone il coordinamento e l'integrazione*.

Il progetto si sviluppa attraverso:

- azioni integrate volte all'analisi dei bisogni, alla valu-

Tab. 2 - Valutazione del progetto

Finalità/strategia	*Criteri*	*Indicatori*	*Fonte informativa*	*Tempi rilevazione*

tazione (interventi di I livello) e alla presa in carico, attraverso l'offerta di dispositivi di aiuto;

- interventi di II livello, costruiti "su misura" agli specifici bisogni del minore e dei suoi contesti di appartenenza.

Tutte le azioni sono attivate all'interno dei dispositivi previsti dal G.I.L., condotte da équipe territoriali integrate, secondo una metodologia di lavoro multifocale, interistituzionale e interprofessionale, per garantire una presa in carico integrata tra servizi pubblici e privato sociale.

Le azioni previste dal progetto, ancora in corso di realizzazione, sono:

- implementazione del G.I.L. con rappresentanti delle Autorità giudiziarie;
- attivazione di un'area sostegno alla genitorialità e ai minori;
- area preadolescenti e adolescenti: attivazione di percorsi di sostegno individuale (Compagno Adulto Specializzato) e sostegno di gruppo (Laboratori psicoeducativi di gruppo).

La tecnica del *Compagno Adulto Specializzato*, in particolare, è un intervento terapeutico innovativo - per il quale la Cooperativa Rifornimento in Volo ha depositato il marchio a tutela dell'idea e dell'aspetto metodologico - che si pone l'obiettivo di accompagnare e sostenere il ragazzo nei suoi compiti quotidiani (studio, gioco, scoperta e coltivazione di interessi, uscite, ecc.), mediando tra realtà interna e realtà esterna per permettergli di usare al meglio le proprie risorse e quelle del contesto ambientale (Cordiale, Montinari, 2012).

Il Compagno adulto, oltre ad offrire un accompagnamento e un sostegno didattico nell'inserimento scolastico del minore e dell'adolescente, attraverso il rispecchiamento di funzioni e capacità, il rinforzo positivo e il contatto con la realtà, ha l'obiettivo di agevolare la mediazione tra il minore, la sua famiglia e le istituzioni e di facilitare la creazione di un'attività di rete con le altre risorse del territorio.

6. Conclusioni e proposte operative

Saper affrontare la condizione di disagio dei minori e promuovere il recupero dei ragazzi è un compito complesso che richiede preparazione, esperienza e differenti competenze professionali da parte di figure che operano in rappresentanza di varie Istituzioni, pubbliche e private (Comuni, Province, Regioni, Asl, Aziende ospedaliere, Cooperative, Scuole, ecc.). Attorno a ragazzi e alle famiglie interessate ruotano operatori quali assistenti sociali, esperti di pedagogia, pediatri, psicologi, neuropsichiatri, insegnanti, giudici minorili.

È necessario superare la frammentazione dei servizi per la tutela e il sostegno dei minori, che causa ritardi e limita l'efficacia dell'intervento sull'interessato con un conseguente aumento di costi sul sistema. La frammentazione dell'offerta deriva in buona parte da una pianificazione sanitaria prima centralizzata e poi regionalizzata, e da servizi sociali affidati prevalentemente agli enti locali.

In base ai nuovi principi della programmazione, gli interventi sociali devono prevedere una progettualità allargata a tutti gli attori in grado di promuovere il benessere delle persone e delle famiglie (Belletti, 2008).

La scuola può attivare iniziative e percorsi per contrastare efficacemente le situazioni di disagio scolastico, in base all'autonomia scolastica, anche in assenza di finanziamenti aggiuntivi. Tra le proposte contenute nel recente documento del Governo "La Buona Scuola", ne sono indicate alcune:

- "Scuola Aperta", prevedere l'apertura delle scuole oltre l'orario curriculare;
- coinvolgere le associazioni che si occupano di progetti educativi, culturali e sociali diretti a ragazzi e famiglie;
- affidare alle famiglie e alle associazioni del territorio (terzo settore) luoghi fisici per sviluppare progettualità;
- rafforzare il binomio scuola-lavoro, anche attraverso esperienze come "Impresa didattica" (realizzazione di prototipi e commercializzazione di prodotti) e "Bottega Scuola" (inserimento degli studenti in contesti imprenditoriali legati all'artigianato);
- sviluppo di progetti didattici innovativi.

Sono stati analizzati alcuni modelli di integrazione delle informazioni e di pratiche operative di analisi dello stato di bisogno, di sviluppo delle azioni e di valutazione dell'esito. Tutti i casi esaminati vanno nella direzione del coordinamento e integrazione delle risorse coinvolte nei percorsi di aiuto verso i minori. I documenti e i casi esaminati confermano il ruolo strategico del Piano di Zona, principale strumento per garantire una programmazione che tenga conto degli interessi specifici della popolazione delle singole comunità locali, utilizzato per analizzare i bisogni e i problemi della popolazione, sia qualitativi che quantitativi, e per programmare le risorse professionali, strutturali, economiche pubbliche, private, da impegnare nei percorsi di aiuto.

Esistono diversi livelli di integrazione. L'integrazione socio sanitaria deve essere perseguita prima di tutto a livello istituzionale, secondo specifiche modalità di promozione, attuazione e sviluppo, e l'utilizzo, tra gli altri, di strumenti come il Piano sociale e sanitario, il *Piano di Zona*, l'accordo di programma, la conferenza dei servizi e le convenzioni.

Essenziale tra gli strumenti dell'integrazione gestionale è il protocollo d'intesa tra le Asl e i Comuni, (o tra la Regione e il Tribunale dei Minori) per il coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie per i minori e le famiglie. Il protocollo aiuta a definire le attività sociali a cura dei Comuni e quelle sanitarie di competenza della Asl, eventuali progetti integrati da realizzare congiuntamente, gli oneri economici a carico dei Comuni e dell'Azienda sanitaria.

Il luogo in cui si realizza l'integrazione operativa delle attività sociali e sanitarie e dei servizi alle persone è il distretto, articolazione territoriale dell'Azienda sanitaria. Il distretto rappresenta il "luogo forte" dell'*integrazione a livello gestionale*, con un modello organizzativo a rete basato su team multiprofessionali. Esiste quindi un'integrazione professionale, che richiede un costante lavoro in équipe.

Il lavoro evidenzia tuttavia anche l'importanza dell'*integrazione progettuale*, attraverso la quale gli operatori si confrontano concretamente sulla situazione problematica e progettano in équipe una serie di interventi, esplicitandone gli obiettivi che si intendono raggiungere, i soggetti coinvolti e i tempi di realizzazione.

Una proposta operativa, a conclusione di questo breve esame del modello di integrazione dei servizi socio sanitari per i minori e gli adolescenti a rischio dispersione scolastica, potrebbe essere quella di elaborare una *griglia di indicatori*, una misura sintetica da esprimere in forma quantitativa, in grado di descrivere i risultati e l'andamento degli esiti sui minori e sulle famiglie conseguenti all'applicazione degli strumenti operativi di programmazione, integrazione e coordinamento tra i vari soggetti che vengono coinvolti in ciascun caso.

L'utilizzo di strumenti operativi, come la "Scheda per la progettazione individualizzata dei casi", consente concretamente di rispondere alla necessità delle famiglie di presa in carico del caso da parte di tutti i professionisti coinvolti. Per questi ultimi, la scheda aiuta a chiarire le rispettive posizioni e i punti di vista sul caso, favorisce i processi decisionali insiti nel percorso di aiuto che si sta costruendo e migliorando la definizione dei ruoli e la divisione dei compiti tra operatori della Asl e del Comune.

Il processo comprende anche una fase valutativa, svolta sempre da un'équipe integrata che individua i punti di forza delle azioni messe in atto, o le criticità, sia in itinere che a conclusione dell'intervento.

La fase di verifica e di analisi dei risultati raggiunti, prevista in alcuni dei casi esaminati, fornisce utili informazioni per la riprogrammazione, consente di identificare nuove modalità di lavoro e di compiere scelte organizzative conseguenti, confermando ciò che nel servizio funziona oppure realizzando tagli di spesa, il tutto in funzione di un miglioramento della qualità e dell'efficacia del servizio erogato.

È apparso particolarmente interessante come la valutazione descritta non si fermi agli esiti sul minore, ma riguardi anche quelli sulla famiglia.

La qualità dei servizi pubblici si inquadra nell'ambito della misurazione e valutazione della performance organizzativa. Come introdotto dal D.Lgs. n. 150/2009, attuativo della L. 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, gli obiettivi di performance devono determinare un sensibile miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche.

Questa tipologia di valutazione può applicarsi a tre livelli:

- valutazione a livello individuale, del singolo dirigente o dipendente;
- valutazione di unità organizzative o aree di responsabilità interne alla struttura;
- dell'amministrazione nel suo complesso.

Per poter arrivare a definire degli standard di qualità, la fase propedeutica è l'individuazione dei servizi erogati, con le loro caratteristiche, modalità di erogazione, tipologia di cittadini ai quali si rivolge e l'analisi dei processi interni che comportano come output l'erogazione del servizio.

L'analisi della qualità effettiva di un servizio pubblico indica in che misura un'organizzazione eroga servizi che diano una risposta pronta, coerente ed esauriente alle richieste potenziali degli utenti, e minimizza il disturbo, il numero dei passaggi necessari, i disagi e gli imprevisti provocati dai disservizi (CIVIT, 2012).

La Carta dei Servizi è lo strumento attuativo della qualità nelle Amministrazioni Pubbliche, consente di orientare le attività verso le aspettative del cittadino in termini di qualità del servizio erogato; stabilisce uno standard qualitativo minimo sotto al quale si impegna a non scendere; identifica una serie di indicatori per poter quantificare e misurare la qualità del servizio erogato; si impegna infine al miglioramento continuo degli standard, garantendo trasparenza ed equità verso i cittadini.

Esistono diversi tipi di indicatori. Definizione: "Un indicatore è una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito" (8).

Indicatori di processo (indicatori interni): misurazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività.

Nel caso dei servizi socio sanitari, potremmo considerare tra gli Indicatori di Processo il numero delle ore di lavoro. Potremmo misurare l'efficienza attraverso il rapporto tra risorse impiegate (*input*) e prodotti (*output*, come ad esempio il numero dei minori presi in carico, i volumi), conducendo un'analisi del processo tecnico-produttivo e della gestione dei fattori della produzione.

Indicatori di esito (indicatori esterni): ad esempio, indagini di customer satisfaction

Si potrebbe arrivare alla misurazione degli *outcome*, e misurare l'efficacia esterna dell'intervento di assistenza, in termini di modificazione del comportamento dei soggetti beneficiari. Ad esempio:

- ritorno a scuola e recupero del minore;
- numero di ragazzi presi in carico dai servizi che hanno completato la scuola superiore;
- numero di ragazzi che hanno trovato lavoro;
- numero di famiglie recuperate da dipendenze.

Si potrebbe ancora arrivare a definire un *indicatore di impatto*, per misurare quanto le attività realizzate hanno effettivamente influito nel modificare la situazione indesiderata.

Gli indicatori di impatto sono tipicamente usati per misurare i risultati della politica. Esiste già una prassi di valutazione inclusiva, un metodo di valutazione del rendimento scolastico degli alunni disabili che frequentano classi comuni (9). L'obiettivo finale della valutazione inclusiva è verificare che le politiche e le procedure di valutazione siano un sostegno e un incentivo alla partecipazione scolastica e all'integrazione degli alunni.

Note

(1) Patto della Salute 2014-2016. Accordo finanziario e programmatico sancito nell'ambito della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Bolzano e di Trento, 10 luglio 2014.
(2) L. 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".
(3) "Un percorso contro il deficit d'attenzione", Il Sole-24 Ore, 15 settembre 2014.
(4) Save the Children, Convegno di presentazione del Progetto Pilota "FuoriClasse" - Presidenza del Consiglio dei Ministri, Sala Polifunzionale, settembre 2014. Save The Children (2011), "La dispersione scolastica a Roma". Disponibile su http://www.savethechildren.it/IT/Tool/Press/Single/index_html?id_press=353.
(5) Caffo E., Telefono Azzurro, 2010.
(6) Documento di orientamento per il contrasto del disagio e della dispersione scolastica, a cura del Gruppo interistituzionale Distretto Pianura Est per la prevenzione del disagio scolastico e per il contrasto alla dispersione scolastica e formativa, 2009.
(7) Roma Capitale, Municipio Roma IV, Avviso Pubblico per il reperimento di una proposta progettuale per la realizzazione del progetto: "Pinco Pallo".
(8) Strumenti per la pianificazione integrata del cambiamento nelle amministrazioni pubbliche, a cura di G. Vecchi, R. Giolitti, 2003.
(9) Indicatori di risultato per la valutazione inclusiva, The European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2009.

Bibliografia

Andrich S., Majocchi L.M. (2011): Perché i bambini adottati possono avere problemi a scuola, *Atti* del Convegno Internazionale "La Qualità dell'integrazione scolastica e sociale", Centro Studi Erickson, Trento.

Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E. (a cura di) (2004): *Il Piano di zona*, Carocci Faber, Roma.

Belletti F. (2008): "Responsabilità educative della famiglia e contesto sociale", in F. Mazzucchelli (a cura di), *Il diritto di essere bambino. Famiglia, società e responsabilità educativa*, Franco Angeli Editore, Milano.

Bertotti T. (2010): "Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti", In *Autonomie locali e servizi sociali*, Rivista Il Mulino, n. 2, Bologna.

Bombèr L.M. (2012): *Feriti dentro*, Franco Angeli, Milano.

Botta L. (2009): *Bambini e Ragazzi Adottati in Classe: quale formazione per gli Insegnanti?, Riflessioni e proposte a partire dal progetto "Adozione e scuola"*, relazione al Seminario nazionale: L'inserimento scolastico nel post-adozione", promosso da Commissione Adozioni Internazionali e Istituto degli innocenti, Firenze.

Botta L. (2010): *Crescere tra pluriappartenenze: adolescenti adottati e di famiglie non tradizionali a scuola*, relazione al 9° Congresso nazionale di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza "Adolescenti e adulti oggi", AGIPPsA, Torino.

Campanini A. (1993): *Maltrattamento all'infanzia. Problemi e strategie d'intervento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Chistolini M. (2006): *Scuola e Adozione*, Franco Angeli Editore, Milano.

Chistolini M. (2011): *Con i nostri occhi. Adolescenti adottivi*, Giornata di Studio CIAI, Milano 24 ottobre.

CIAI (2005): Che fatica imparare! Le difficoltà di apprendimento nei bambini adottivi, *Atti* del Convegno Centro Italiano di Aiuti all'Infanzia, 11 marzo 2005, Centro Congressi della Provincia di Milano, Pubblicazioni CIAI.

CIVIT, *Delibera n. 3/2012: Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici*

Cordiale S., Montinari G. (2012): *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*, Franco Angeli Editore, Milano.

Davidson L., Tondora J., Staeheli Lawless M., O'Connell M.J., Rowe M. (2012): *Il recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Edizioni Erickson, Trento.

Falcone B., Bartolommei L. (2013): *I Bisogni Educativi Speciali dei bambini adottati*, relazione al Convegno "Che fatica imparare", Centro Territoriale di Supporto Disabilità e Nuove Tecnologie, Arezzo.

Gori C. (2004): *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma.

Guaraldi G., Pedroni P., Moretti Fantera M. (2010): *Al diploma e alla laurea con la dislessia*, Edizioni Erickson, Trento.

Gulmini E. (2012): *Nuovi scenari per i Servizi di Tutela Minori. Un'esperienza di co-costruzione di modalità innovative di progettazione individualizzata dei casi nel territorio bresciano* (tesi di laurea), Corso di Laurea specialistica in Politiche e Servizi Sociali, Università Cà Foscari, Venezia.

Joriini G. (2012): Scuola e Adozione. A Cremona un importante lavoro con la Scuola, Adozione e Dintorni, *Genitori Si Diventa - GSD Informa*, 7, Monza.

Lemieux J. (2000): *Les blessures invisibles ou la santé mentale des enfants adoptés*, Canada. Disponibile su http://www.quebecadoption.net/.

Mancini G. (1998): *TVD. Test di valutazione del disagio e della dispersione scolastica*, Centro Studi Erickson, Trento.

Magro G. (2009): *Educarsi per educare*, Franco Angeli/Le Comete, Milano.

Mastrobuono I. (2014), *Abstract "Assistenza primaria e territoriale*" Master EMPHA - Executive Master in Healthcare & Pharmaceutical Administration, LUISS Business School

Mastrobuono I., Cicchetti A., Guzzanti E., Mazzeo M.C. (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie in Italia. Il ruolo delle forme integrative di assistenza,* Il Pensiero Scientifico

Mian E., Fanni Canelles M. (2007): *Abbandono scolastico: esiste una relazione con comportamenti devianti? Cause, osservazioni e proposte d'intervento, Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute nell'Adolescenza*, Conferenza di Nisida (NA) su "Abbandono scolastico: incidenza sulla devianza minorile". Disponibile su http://www.nuovapedagogia.com/abbandono_scolastico.pdf.

Miliotti A.G. (2005): *E Nikolaj va a scuola. Adozione e successo scolastico*, Franco Angeli Editore, Milano.

Molin A., Andrich S. (2012): Il percorso scolastico dei bambini stranieri adottati, Adozione e Dintorni, *Genitori Si Diventa - GSD Informa*, 9, Monza.

Pietropolli Charmet G. (2010): *Fragile e spavaldo, I libri del festival della mente*, Editori Laterza, Bari.

Pinco Pallo (2014): *Progetto nell'ambito del Piano Nazionale Interventi per l'infanzia e l'adolescenza "Legge 285/97" e Legge 328/00*. Disponibile su www.rifornimentoinvolo.it/attivita/progetti.

Ranieri M.L. (2012): *Linee guida e procedure di servizio sociale, Manuale ragionato per lo studio e la consultazione, Metodi e Tecniche del Lavoro Sociale* (collana diretta da Fabio Folgheraiter), Edizioni Erickson, Trento.

Santoro A. (2014): Da Generazione NEET e abbandono scolastico richieste per dirigenti e insegnanti, *Scuola e Amministrazione*, 2.

Stanchina E. (2013): *Processi organizzativi volti a promuovere la partecipazione di utenti e familiari nei servizi di salute mentale*, (tesi di dottorato), Università Cattolica del Sacro Cuore, XXV ciclo, AA 2012/13, Milano.

Statistiche Report (2013): *Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati - Anno 2010,* ISTAT

Tuttoscuola (2014): *Scuole superiori, in 15 anni persi 3 milioni di studenti*, Dossier di Tuttoscuola, Milano. Disponibile su www.vita.it/societa/scuola.

Proteggere l'ambiente per preservare la salute

Francesca Romana Greco

Il 28 febbraio 2015 si è svolta ad Arezzo la 5^ Conferenza Internazionale "Update su salute ambientale globale", un importante convegno sugli effetti dell'inquinamento sulla salute, organizzato dalla *International Society Doctors for Environment* - ISDE Italia e dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'OMS, al quale hanno partecipato personalità del mondo scientifico, dell'OMS, di Società delle varie specializzazioni mediche e veterinarie e associazioni di cittadini.

Il convegno ha avuto l'obiettivo di promuovere un dibattito internazionale sulle problematiche ambientali locali e globali più urgenti, con attenzione rivolta a quelle emergenti (incremento delle malattie cronico-degenerative, infiammatorie e tumorali; criticità legate alla globalizzazione; potenzialità e criticità della cooperazione internazionale; relazioni Nord-Sud) e alla valutazione delle possibili strategie di contrasto dei loro effetti per la promozione della salute ambientale.

Nel corso dei lavori è stato ribadito che l'inquinamento atmosferico, insieme ai cambiamenti climatici, rappresenta oggi la maggiore preoccupazione per la sanità pubblica. Basti notare che, secondo i dati forniti dall'OMS, tali fenomeni sono la causa di 7 milioni di morti premature in tutto il mondo, senza considerare gli effetti a lungo termine o sulle future generazioni.

Ne consegue la necessità, sottolineata da tutti gli autorevoli relatori intervenuti nel dibattito, di ridurre drasticamente l'esposizione a tutte le forme di inquinamento chimico e fisico, per preservare la salute in generale e, in particolare, per proteggere quella dei bambini fin dai primissimi anni di vita o quella delle persone nelle fasi più importanti della vita, come nel caso delle donne in gravidanza.

Purtroppo, alla situazione già difficile, causata dalla difficoltà di intervenire sulle fonti di inquinamento più note come il traffico, le aree inquinate, il modello di sviluppo urbano, l'uso eccessivo di pesticidi e molte altre, si aggiunge una nuova di forma di contaminazione ambientale: l'inquinamento elettromagnetico.

Esiste una letteratura scientifica che mostra i rischi per la salute delle radiazioni elettromagnetiche, classificate come "possibili cancerogeni" dall'OMS, soprattutto in relazione all'uso prolungato dei telefoni cellulari.

Nonostante i dati allarmanti che emergono da queste ricerche scientifiche, è concreto il rischio che in Italia siano varati provvedimenti tesi addirittura ad innalzare gli attuali limiti di esposizione consentiti dalla normativa, già cresciuti negli ultimi anni; innalzamento che, esponendo a maggiore rischio la quasi totalità della popolazione, potrebbe accrescere il numero delle patologie e dei decessi.

La nostra nuova Rubrica "Ambiente e Salute"

Come confermato dal Convegno svoltosi ad Arezzo per iniziativa di ISDE Italia, il tema della lotta agli inquinamenti diviene, di giorno in giorno più scottante e urgente, considerati gli effetti che ne derivano con sempre maggiore evidenza scientifica. La protezione del nostro ambiente di vita va ormai riconosciuta come esigenza ineludibile a cui deve rivolgere attenzione l'intero consesso civile, nella consapevolezza che essa rappresenta il presupposto indispensabile di una seria tutela della salute umana.

Nel corso della Conferenza è stato giustamente sottolineato, tra l'altro, che a questi fini occorre "rinforzare l'interazione tra il settore medico, quello della salute pubblica e il mondo politico", come anche "supportare e diffondere le politiche di salute ambientale e le strategie di azione dell'OMS".

Mondo Sanitario, condividendo le preoccupazioni espresse nell'incontro aretino, istituisce un'apposita Rubrica, attraverso la quale la Rivista si propone di approfondire tali problematiche in maniera sistematica, non solo contribuendo a diffondere le notizie concernenti l'inquinamento nelle sue varie forme, ma, soprattutto, ospitando sulle proprie pagine i contributi di quanti, impegnati a livello scientifico o a livello assistenziale, intendano fornire, sulla base delle loro esperienze, elementi di informazione, nuove conoscenze e spunti di riflessione sulla vasta tematica del rapporto tra ambiente e salute.

Riteniamo che, in questo campo, sia necessario sostenere e assecondare con ogni mezzo a disposizione l'azione di soggetti come ISDE, Lega Ambiente e delle altre Associazioni che perseguono analoghe finalità, ma che occorra anche contribuire a diffondere nella pubblica opinione una maggiore consapevolezza e attenzione verso gli inquinamenti dell'ambiente e sui guasti che ne derivano alla salute dell'uomo.

È evidente, infatti, che il problema della lotta all'inquinamento presenta anche risvolti di natura culturale. Persino nei confronti di operatori sanitari muniti di una formazione al più alto livello universitario è avvertita la necessità di una formazione complementare *ad hoc*; ne dà conferma l'iniziativa, assunta di recente dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), di promuovere, nell'ambito dell'ECM, l'organizzazione di corsi concernenti la vasta tematica della salute legata all'ambiente, con l'obiettivo di "far conoscere la rilevanza delle modifiche ambientali sulla salute, con particolare riferimento ai dati epidemiologici e ai problemi emersi riguardo all'uso di detti inquinan-

ti", come pesticidi, radiazioni ionizzanti a scopo diagnostico, campi elettromagnetici, ecc.

Questa iniziativa della Federazione fa seguito al progetto-pilota dei "Medici Sentinella per l'Ambiente a tutela della salute dei cittadini", da questa promosso lo scorso anno e finalizzato alla creazione di un sistema di monitoraggio basato su una rete di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta (v. in questa *Rivista*, n. 11/2014).

Vecchi e nuovi pericoli dagli interessi del mercato

Le numerose situazioni di gravissimo inquinamento del suolo, dell'aria, del mare, dell'acqua e, quindi, di molte produzioni agricole e industriali dalle quali traiamo i nostri alimenti - presenti in vaste aree geografiche italiane - dimostrano quanto perniciosi e inaccettabili siano gli interessi economici (spesso malavitosi) che ne sono quasi sempre all'origine.

In realtà, il modello di sviluppo tuttora prevalente, in quanto centrato sulla ricerca del profitto, ha indotto a perseguire obiettivi che trascurano la tutela della salute umana e, ancor prima, quella del benessere del mondo animale e vegetale; talvolta, ciò è avvenuto, almeno inizialmente, per inconsapevole ignoranza dei pericoli, ma in troppi casi non si è esitato a perseverare in attività e comportamenti dannosi anche dopo che la ricerca scientifica e l'indagine statistica ne avevano confermato la pericolosità.

L'intero consorzio civile del nostro Pianeta stenta ancora ad imboccare la via delle soluzioni indicate dalla scienza e fatte proprie anche da accordi e trattati internazionali finalizzati in modo specifico a ridurre gli effetti dell'inquinamento ambientale.

L'Italia, nel consesso delle nazioni, è uno dei paesi che hanno già sperimentato e subito le conseguenze di vari disastri ambientali, alcuni dei quali affrontati dalle Istituzioni con deplorevole ritardo, fino al punto di rendere problematica la punizione dei responsabili o di creare un assurdo conflitto tra il diritto alla salute e quello al lavoro.

Tuttavia, mentre in molti Paesi una maggiore consapevolezza del problema sembra favorire la ricerca di nuovi strumenti tecnologici e normativi capaci di correggere gli errori del passato o, almeno, di arginarne gli effetti sull'uomo, nel panorama internazionale si profilano altri motivi di apprensione per il futuro, in relazione ai negoziati in corso per la stipula di tre accordi internazionali strategici, precisamente del:

- *Comprehensive Economic and Trade Agreement* (CETA);
- *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP);
- *Trade In Services Agreement* (TISA).

Si tratta di temi che investono diversi aspetti della vita delle persone.

Sono tutti trattati di libero commercio, che coinvolgono i Paesi dell'Unione europea: bilaterali il CETA e il TTIP, rispettivamente con il Canada e gli USA; e multilaterale il TISA, al quale sono cointeressati altri Stati, anch'essi membri dell'OMC.

Va sottolineato il fatto che le trattative finora svoltesi e le soluzioni allo studio sono circondate da una totale segretezza, che impedisce alla pubblica opinione di valutarne le conseguenze sull'economia e addirittura sull'ordinamento dei rispettivi Stati.

Questo modo di condurre i negoziati deve preoccupare, in quanto, nel loro insieme, questi nuovi trattati spaziano in numerosi campi della vita dei cittadini, puntando a promuovere e agevolare lo sviluppo degli scambi commerciali attraverso la modifica delle normative che li regolano ostacolando la conquista dei mercati. Peraltro, lo scopo prevalente perseguito dai negoziatori è quello della liberalizzazione e privatizzazione dei servizi di ogni tipo e settore: comunicazioni, trasporti, turismo, cultura, sport, scuola, compresi quelli pubblici ambientali (acqua, smaltimento di rifiuti) e sanitari. Con riguardo a questi ultimi, verrebbero riconsiderate le misure sanitarie e fitosanitarie in atto, i regolamenti tecnici, le norme e le procedure di valutazione di conformità, la coerenza della regolamentazione rispetto all'obiettivo perseguito.

È evidente che i trattati TTIP e TISA, in particolare, agirebbero direttamente su servizi fondamentali per la collettività, come i servizi sanitari, che potrebbero divenire nuovi campi d'azione da parte di multinazionali del settore.

Ad esserne investiti, sarebbero, in primo luogo, le forme di tutela sanitaria universalistica finanziate dalla fiscalità generale, qual è il nostro Ssn. Non a caso - come segnala un documento diffuso dalla *Rete Solidarietà e Salute*, di cui si dirà in prosieguo - nel Regno Unito sono stati sollevati timori in questo senso, con riferimento alla salvaguardia del *National Health System*, accompagnati dalla richiesta al Governo britannico di pretendere che il NHS sia espressamente escluso dal campo di operatività del trattato; inoltre, è stata avanzata una proposta di legge, approvata a maggioranza, volta a "ridimensionare le potenziali privatizzazioni e richiedere l'esenzione del NHS dai trattati di libero scambio".

L'azione di contrasto della *Rete Sostenibilità e Salute* (RSS)

Una campagna mirante a bloccare questi trattati, organizzata e sostenuta da oltre 230 Associazioni ambientaliste in tutto il mondo - è sostenuta in Italia da numerose Associazioni, alcune delle quali, operanti sui temi della *salute come bene comune* e della *sostenibilità del sistema sanitario pubblico,* hanno dato vita nel giugno 2014, a Bologna, ad un proprio coordinamento, riunendosi in una Rete, denominata "Sostenibilità e Salute", al fine di una migliore attuazione dei loro obiettivi. In quell'occasione hanno sottoscritto un documento, denominato *Carta di Bologna*, nel quale si afferma che per promuovere e tutelare la salute non è sufficiente occuparsi dei servizi sanitari ma occorre, soprattutto, dar valore ed agire sui determinanti ambientali, socio-economici e culturali che influenzano la salute, nonché costruire un modello di sviluppo - culturale, economico e

sociale - non basato sulla crescita economica fine a se stessa; in altri termini, alternativo a quello in atto fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell'economia, senza attenzione ai diritti delle persone e non in grado di assicurare la piena tutela della salute delle generazioni presenti e future. Un modello ideale di tutela della salute deve porre al centro la *persona* in continuo rapporto con il circostante ambiente fisico e relazionale.

In questa prospettiva, occorre sostenere la lotta alle frodi, alla corruzione e smascherare e combattere i conflitti d'interesse. È necessario favorire la completa indipendenza e trasparenza del sistema sanitario e del mondo della ricerca rispetto agli interessi del mercato e dell'industria, in particolare per quanto riguarda la diffusione e il commercio di farmaci, dispositivi medici e tecnologie sanitarie.

Nel febbraio 2015, la Rete ha preso posizione sul TTIP, denunciando le conseguenze negative che la modifica delle attuali regole a favore della libera concorrenza, che esso propugna, potrebbe avere sulla salute, sia indirettamente attraverso i fattori che ne sono i determinanti sociali e ambientali, sia direttamente attraverso la mercificazione dei servizi sanitari. Ha inoltre precisato i principi irrinunciabili di cui deve pretendersi il rispetto da parte dei contraenti: trasparenza delle trattative; priorità del diritto alla tutela della salute e dell'ambiente rispetto al libero commercio; mantenimento del principio di precauzione per la sostenibilità ambientale. E, con specifico riguardo ai servizi sanitari, è necessario che sia esclusa qualunque clausola impeditiva del ritorno al monopolio pubblico in sanità, quando fosse questa la volontà di un parlamento democraticamente eletto.

A conferma della fondatezza del documento della RSS, sono da ricordare le parole pronunciate da Joseph Stiglitz, premio Nobel per l'economia, durante la sua lezione su "L'imperfezione dei mercati", tenuta alla Camera dei Deputati il 23 settembre 2014: "Un'altra cosa che l'Europa non deve fare è sottoscrivere il Trattato transatlantico sul commercio e gli investimenti (TTIP). Un accordo di questo tipo potrebbe rivelarsi molto negativo per l'Europa. Gli Stati Uniti, in realtà, non vogliono un accordo di libero scambio positivo per i cittadini americani ed europei, vogliono un accordo di gestione del commercio che favorisca alcuni specifici interessi economici. (…) La posta in gioco non sono le tariffe sulle importazioni tra Europa e Stati uniti, già molto basse. (…) Ciò che si vuole ottenere è garantire campo libero a imprese protagoniste di attività economiche nocive per l'ambiente e per la salute umana".

Queste premonizioni non possono non richiamare tutti noi al dovere di vigilare affinché gli interessi perseguiti dai centri multinazionali del potere economico non prevarichino quelli collettivi e, con essi, i diritti dei cittadini.

IL DIFFICILE DECOLLO DELL'AGGIORNAMENTO DEI LEA

Il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, tenendo fede all'impegno assunto nell'ambito del Patto per la salute 2014-2016, sottoscritto con le Regioni nel luglio scorso, circa l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e dell'elenco delle prestazioni in essi comprese, ha presentato al Ministero dell'Economia e alle Regioni, seppur con lieve ritardo rispetto alla data prevista, una prima stesura del provvedimento di revisione del D.P.C.M. 29 novembre 2001, corredata da oltre 20 allegati e accompagnata da un'ampia relazione tecnica.

Secondo le valutazioni ministeriali la maggiore spesa derivante dai nuovi Lea sarebbe piuttosto modesta (414 mln di costi aggiuntivi, meno dello 0,40% del FSN per il 2015), cionondimeno la loro attuazione richiederà alle Regioni un notevole impegno per razionalizzare, in termini di cosati e di efficienza, l'erogazione di prestazioni, attraverso una maggiore appropriatezza sia nell'organizzazione dei servizi, sia nell'attività tecnico-professionale del personale sanitario a tutti i livelli di responsabilità.

Sotto questo secondo punto di vista, la sostenibilità economica relativa ai nuovi Lea potrebbe risultare per molti aspetti problematica, specie in riferimento all'attività dei medici, considerando il perdurare della tendenza alla dilatazione delle prestazioni, in particolare di quelle diagnostiche, per effetto, da una parte, della richiesta degli assistiti e, dall'altra, della crescente preoccupazione del medico di non incorrere in responsabilità di carattere medico legale che l'induce alla deleteria, quanto costosa pratica della medicina difensiva.

In definitiva, per garantire che la revisione e l'ampliamento dei Lea avvenga con la necessaria appropriatezza e uniformità sull'intero territorio nazionale - e non divenga invece una nuova fonte di sperpero del pubblico danaro - si ripropone l'esigenza di potenziare la *governance* del nostro sistema sanitario, con l'obiettivo di eliminare le diseguaglianze tra regioni e intraregionali che attualmente lo caratterizzano, frantumandolo in 21 Servizi sanitari regionali, con organizzazione e risultati differenti dall'uno all'altro, come ha rilevato l'OCSE nel suo recente rapporto sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia.

Al momento, tuttavia, in attesa del nuovo riparto delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni, che dovrà realizzarsi con l'auspicata riforma del Titolo V della Carta Costituzionale, per l'uniforme applicazione dei Lea e per la loro sostenibilità sul piano economico, non resta che fare affidamento sugli impegni assunti dalle Regioni con il Patto per la Salute. (***F.R. Greco***)

L'intesa Stato-Regioni sui tagli alla spesa sanitaria

Francesca Romana Greco

La Conferenza Stato-Regioni ha sancito il 26 febbraio scorso l'Intesa raggiunta, dopo una complessa istruttoria, tra il Governo, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano, per l'attuazione di alcune disposizioni di carattere finanziario riguardanti il settore sanitario, recate dalla Legge di stabilità 2015, anche ai fini della definizione delle misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Ssn richieste alle stesse regioni dal Patto per la Salute 2014-2016.

Le disposizioni a cui l'Intesa fa esplicito riferimento sono quelle dettate dall'art. 1, commi 398, 465 e 484, della L. n. 190/2014.

In particolare, per effetto delle modifiche apportate all'art. 46, comma 6, del D.L. n. 66 del 2014, dal citato comma 398, il concorso delle Regioni a statuto ordinario al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica è stato elevato a 4.202 milioni di euro complessivi per gli anni 2015-2018. Dette modifiche hanno confermato che è demandato alle stesse regioni di individuare, in sede di auto-coordinamento, gli ambiti di spesa e i relativi importi da definire mediante un'apposita intesa con i Ministeri della Salute e dell'Economia, entro il 31 gennaio di ciascuno dei quattro anni. Al predetto contributo, si aggiunge una riduzione delle risorse spettanti alle Regioni a statuto ordinario di altri 1.050 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015, come già previsto dall'art. 16, comma 2, del D.L. n. 95/2012.

In relazione a queste disposizioni, l'Intesa prevede che l'attuazione delle misure di riduzione del finanziamento della spesa sanitaria regionale avverrà, per l'anno 2015:

- *quanto al contributo di 1.050 milioni di euro* (art. 16, co. 2, D.L. 95/2012 testé citato), mediante riduzione di pari importo del Fondo per lo sviluppo e la coesione;

- *quanto alla quota annua del contributo di cui all'art. 46, comma 6, del DL 66/2014* mediante:

a) riduzione delle risorse destinate al finanziamento del settore sanitario per 2.000 milioni di euro (con riferimento alla quota di pertinenza delle Regioni a statuto ordinario) e 2.352 milioni di euro, incluse le autonomie speciali;

b) utilizzo delle risorse per il patto verticale incentivato per 802,13 milioni di euro;

c) riduzione del Fondo per lo sviluppo e la coesione per 750 milioni di euro;

d) riduzione dell'edilizia sanitaria, in termini di saldo netto da finanziare, per 285 milioni di euro;

e) riduzione di 285 milioni di euro del limite previsto dall'art. 1, comma 465, della L. n. 190/2014, in termini di indebitamento netto;

f) ulteriori risorse per 364,87 milioni di euro da recuperare su indicazione delle Regioni.

L'Intesa stabilisce quindi le condizioni per l'attuazione delle anzidette riduzioni di risorse destinate al sistema sanitario (compresa l'edilizia sanitaria); di quelle relative al Fondo per lo sviluppo e la coesione ai sensi del D.L. 95/2012 e del DL 66/2014 (v. Tab. 1 allegata all'Intesa); nonché per l'utilizzo e il recupero delle altre risorse sopra elencate.

A fronte di queste riduzioni delle risorse a disposizione, le Regioni dovranno individuare le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale, a cui si è sopra accennato, in ossequio a quanto stabilito dall'art. 30, comma 2, del Patto della Salute di cui all'Intesa del 10 luglio 2014, che prevede anche che debbano farlo, sempre secondo il metodo dell'auto-coordinamento, *entro il 31 marzo 2015*.

L'Intesa in esame, nel confermare detta scadenza, precisa che le Regioni e le Province autonome, al fine di conseguire, comunque, l'obiettivo finanziario fissato dalla Legge di stabilità, potranno intervenire «su altre aree della spesa sanitaria, alternative rispetto a quelle individuate dalla citata Intesa ("Patto della Salute", *NdR*) … ferma restando la garanzia del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio del proprio servizio sanitario regionale, assicurando, in ogni caso, economie non inferiori a 2.352 milioni di euro alle quali corrisponde una conseguente rideterminazione delle risorse individuate dall'art. 1, comma 556, della L. n. 190/2014».

Da ultimo, l'Intesa del 26 febbraio, in attuazione dell'art. 1, comma 465, della L. n. 190/2014, provvede alla ripartizione tra le regioni a statuto ordinario dell'importo - già fissato dal comma medesimo nel limite di 2005 milioni di euro - che la stessa Intesa ha rideterminato in 1.720 milioni, come indicata nella tabella 2 ad essa allegata,; è altresì definita la ripartizione tra le Regioni interessate del contributo spettante per l'anno 2015, ai sensi dell'art. 1, comma 484, della L. n. 190/2014, alle regioni a statuto ordinario, alla Regione siciliana, alla regione Sardegna e alla Regione Friuli Venezia Giulia, nei limiti dell'importo complessivo di 1.000.000.000 di euro, in misura pari all'83,33 per cento degli spazi finanziari validi ai fini del patto di stabilità interno ceduti dalle Regioni agli enti locali del proprio territorio (v. la tabella 3 allegata all'Intesa).

Le soluzioni concordate dai due Ministeri competenti con le regioni, attraverso l'Intesa del 26 febbraio, in quanto incidono su disposizioni contenute nella Legge di stabilità 2015, rendono necessario un nuovo intervento legislativo:

- anzitutto, deve essere disposta la riduzione, per l'importo di 2.352 mln di euro, del livello del finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato - stabilito dall'art. 1, comma 556, della L. n. 190/2014, in euro 112.062.000.000 per l'anno 2015 e in euro 115.444.000.000 per l'anno 2016 - in attuazione dell'art. 46, comma 6, del D.L. n. 66/2014, come modificato dall'art. 1, comma 398 della medesima legge e in coerenza con quanto stabilito dall'art. 1 del Patto per la salute del luglio 2014;

- con riguardo poi alle Regioni a statuto ordinario, deve essere previsto che il concorso delle medesime agli obiettivi di finanza pubblica - nel nuovo importo annuo di 4.202 milioni di euro (dedotta la riduzione del finanziamento a dette Regioni, pari a 2.000 mln di euro) - è realizzato per gli anni 2016-2018 secondo modalità da stabilire,

mediante Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 gennaio di ciascun anno;

- altre modifiche legislative necessarie riguardano la riduzione a 1.720 mln di euro del limite già fissato in 2.005 mln di euro dal comma 463 dell'art. 1 della L. n. 190/2014, nonché la riduzione da 273 mln a 174,4 mln di euro del concorso della Regione Siciliana agli obiettivi di finanza pubblica, in concomitanza con la corrispondente riduzione del FSN destinato alla medesima Regione, in attuazione di quanto previsto alla lett. F) dell'Intesa del 26 febbraio.

Restano poi da definire i comparti del settore nei quali le Regioni, a cominciare da quelle soggette ai Piani di rientro, interverranno con i tagli di spesa necessari per realizzare l'equilibrio del bilancio del rispettivo Ssr e, soprattutto, per assicurare economie complessivamente non inferiori all'importo di 2.352 milioni di euro sottratti alla dotazione del FSN relativa agli anni dal 2015 al 2918. Il problema, quanto mai complesso, sarebbe stato definito, nel termine del 31 marzo, con la previsione delle Regioni di adottare misure finalizzate alla razionalizzazione della spesa, vale a dire operando, essenzialmente, sulla *spending revue* e sull'attuazione dei *costi standard*. In pratica, troverebbe conferma l'assicurazione data dal Ministro già in febbraio, all'indomani dell'Intesa, secondo la quale "in ogni caso non ci saranno tagli lineari, ma risparmi su appropriatezza delle degenze, diagnosi, beni e servizi".

PRIME CONCLUSIONI DELL'INDAGINE DEL SENATO SULLA SOSTENIBILITA DEL SSN

La Commissione Igiene e Sanità del Senato sta conducendo una *indagine conoscitiva sulla sostenibilità futura del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità,* analoga a quella condotta, nella corrente Legislatura, dalla Camera dei Deputati, ad opera delle Commissioni congiunte Bilancio e Affari Sociali, che l'hanno conclusa nel giugno dello scorso anno (v. l'articolo pubblicato su questa *Rivista*, n. 7-8/2014).

Al Senato, invece, l'indagine è ancora in corso, ma il relatore di maggioranza (Nerina Dirindin, PD) e quello di minoranza (Luigi D'Ambrosio Lettieri, FI), hanno presentato un *documento comune* che "fa il punto sull'istruttoria sin qui svolta nell'ambito della procedura informativa".

Nel Documento, i Relatori, con assoluta, quanto inusitata, identità di opinioni e di valutazioni, traggono le prime conclusioni dell'indagine, affermando - come scrive la stessa Sen. Dirindin in una nota giornalistica - che il lavoro scrupoloso finora svolto dalla Commissione, "consente di poter affermare come la sostenibilità del Ssn non sia soltanto un problema economico e quindi di risorse, ma il risultato di scelte politiche che possono garantirne l'efficacia e la qualità".

Partendo da questa considerazione, viene sottolineata "la necessità che il tema della Sanità e più in generale della Salute torni al centro dell'attività parlamentare affinché le grandi decisioni sanitarie tornino ad essere scelte condivise e non più competenza esclusiva di Governo e Regioni".

Il Documento, infatti, lamenta con forza che il Parlamento sia stato estraniato dalle scelte di politica sanitaria: si segnala che in sede di elaborazione del Patto per la salute 2014-2016 e per la *spending review* - non è stata fornita alcuna informazione alle Camere, né è stato possibile un dibattito sugli interventi e le misure da prevedere; mentre le coalizioni succedutesi al Governo negli ultimi anni "non hanno inserito nella propria agenda politica il tema delle politiche sanitarie o lo hanno inserito in modo del tutto marginale" e, in ogni caso, soltanto in relazione alle esigenze economiche e ai vincoli di finanza pubblica.

Invero, questo rilievo critico appare, almeno nei confronti dell'attuale Governo, piuttosto eccessivo, considerando che le conclusioni cui giunse nel giugno 2014 l'indagine della Camera sull'identico tema, hanno trovato ampia eco nel Patto della Salute sottoscritto in quello stesso mese. Le proposte e i suggerimenti contenuti nella Relazione delle Commissioni Bilancio e Affari Sociali riguardavano argomenti e problematiche - dal finanziamento del *Welfare* sanitario all'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, dall'appropriatezza delle prestazioni alla razionalizzazione della spesa, al rafforzamento della *governance* - che la trattativa sul Patto per la Salute ha affrontato e approfondito, formulando in ben venti capitoli le soluzioni da adottare, tutte conformi, in larga parte, a quelle indicate dalle Commissioni della Camera. Inoltre, le norme che entrambi i rami del Parlamento hanno dettato con i circa 60 commi concernenti il settore sanità compresi nella legge di stabilità 2015, nonché il dibattito, tuttora aperto, sul riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, nell'ambito disegno di legge di riforma del Titolo V Cost., sembrano dimostrare anch'essi che il Parlamento è certamente in grado di assolvere, anche in materia di tutela della salute, la duplice funzione che gli è propria, legislativa e di controllo politico sull'azione del Governo.

Del resto, gli stessi Relatori hanno già focalizzato l'attenzione su nove punti, tutti di fondamentale rilievo per un rilancio del Ssn, molti dei quali toccano problemi - piano straordinario di investimenti, ridefinizione e monitoraggio dei Lea, responsabilità del medico e costi della medicina difensiva, situazione delle risorse umane divenuta insostenibile, ecc. - per i quali le proposte della Commissione Igiene e Sanità saranno un'utile integrazione della Relazione della Camera.

Non v'è dubbio, come afferma il Documento, che la sostenibilità del diritto alla salute è, prima di tutto, un problema culturale e politico, oltre che un problema economico: ma, proprio per questo è indispensabile che Governo e Regioni abbiano il sostegno delle proposte e delle indicazioni del Parlamento nell'attuazione di quanto previsto dall'ambizioso Piano per la Salute 2014-2016, per poter creare le condizioni necessarie a garantire ai cittadini, con un corretto ed efficiente impiego delle risorse al momento disponibili, almeno l'attuale livello medio della qualità dei servizi e delle prestazioni, salvaguardando i principi di universalità, solidarietà ed equità, alla base del Ssn. (***F.R. Greco***)

Rassegna di Giurisprudenza

a cura di Mario Greco
Esperto di Legislazione sanitaria

Il primario ospedaliero ha la responsabilità del corretto adempimento di tutti gli obblighi a lui imposti dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128

Corte di Cassazione, Sez. III civ. - Sentenza 11 giugno 2014, n. 22338

FATTO - Nel 1997 un coppia di coniugi siciliani convenne in giudizio, innanzi il Tribunale di Messina, in proprio e in rappresentanza del figlio minore V.P. ex art. 320 c.c., i medici primario e l'assistente di Ostetricia dipendenti dell'A.O. di Messina, nonché la stessa Azienda, lamentando che al momento del parto del figlio i predetti sanitari omisero, per negligenza, di rilevare i dati pelvimetrici della gestante e non eseguirono di conseguenza il necessario parto cesareo, così provocando al neonato, durante le manovre di espulsione, la lesione del plesso brachiale. Chiesero, quindi, la condanna dei convenuti in solido al risarcimento dei danni rispettivamente patiti.

La sentenza dal Tribunale di Messina (2005), escluse la responsabilità dei due sanitari, ritenendo che il danno fosse ascrivibile a carenze organizzative dell'ospedale. Sull'impugnazione di tale sentenza la locale Corte d'appello si pronunciò (2010) confermando integralmente la decisione di primo grado. Di qui il ricorso per cassazione, proposto dai soccombenti - nonché, in proprio, dal figlio divenuto nel frattempo maggiorenne (!!) - sulla base di sei motivi.

DIRITTO - La Suprema Corte (con la citata sentenza, depositata il 22 ottobre 2014), pur giudicando infondati quattro dei motivi addotti, ha condiviso il quinto (e con esso il sesto, relativo alle spese del giudizio), rilevando che il Giudice d'appello "ha violato le norme sull'accertamento della colpa del primario ospedaliero e sulla diligenza dei sanitari"; mentre "ha inadeguatamente motivato la decisione con cui ha escluso la sussistenza sia del nesso di causa, sia della colpa in capo ai due sanitari convenuti".

Sotto il primo profilo, la decisione è stata ritenuta, erronea e contraddittoria «nella parte in cui, dopo avere affermato l'esistenza di deficienze organizzative nella struttura ospedaliera (nemmeno precisate), ha escluso la responsabilità del primario». Al proposito, la Corte ha rilevato che «all'epoca dei fatti, i compiti della figura apicale, allora definita dalla legge "primario", erano stabiliti dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, recante *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*».

Il citato D.P.R. - che, come sottolineato dalla Corte, è tuttora in vigore e applicabile, per effetto del D.Lgs. 1° dicembre 2009, n. 179 (v. art. 1, co. 1 e allegato 1/5) - stabiliva all'art. 7, in modo dettagliato, i doveri e i compiti propri del primario, facendogli obbligo di assicurare l'efficiente organizzazione della struttura da lui diretta.

«Nell'interpretare tale disposizione - si legge nella sentenza - la giurisprudenza di questa Corte ha ripetutamente affermato che il primario risponde dei deficit organizzativi del reparto a lui affidato, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale; in una carente diramazione delle istruzioni da seguire e dei compiti da assolvere; da una negligente diramazione di istruzioni con riferimento al singolo degente. Si è, di conseguenza, affermato che il primario ospedaliero deve avere puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza (con visita diretta o interpello degli altri operatori sanitari), ed è, perciò obbligato ad assumere informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente sia stato affidato, indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, tanto al fine di vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione delle terapie, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze. In base a questi principi già in passato questa Corte ha affermato la responsabilità del primario in conseguenza della ritardata esecuzione, da parte dei sanitari a lui sottoposti, di un parto cesareo (Sez. III, sent. n. 13979 del 30 giungo 2005), così come quella del primario che non aveva impostato un programma di monitoraggio assiduo del travaglio di una partoriente al fine di poter intervenire tempestivamente, con un taglio cesareo, all'insorgere di sofferenza fetale, né aveva impartito direttive precise al suo assistente di vigilare sull'esatta esecuzione del programma terapeutico (Sez. III, Sentenza n. 6822 del 18 maggio 2001). Nel caso di specie la Corte d'appello, totalmente dimentica di tali principi, ha escluso la colpa del primario in una fattispecie in cui essa stessa aveva accertato la sussistenza di un "deficit organizzativo" del reparto. Ora, poiché è in colpa il medico che tiene una condotta difforme da quella che nelle medesime circostanze avrebbe tenuto un professionista diligente, ai sensi dell'art. 1176 c.c., comma 2; e poiché un primario "diligente" non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, né avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico, la Corte d'appello ha violato tanto l'art. 1176 c.c., quanto il D.P.R. n. 128 del 1969 cit., art. 7.»

Inoltre, la decisione dei Giudici d'appello «ha totalmente trascurato di applicare il principio - anch'esso consolidato - secondo cui il medico, di fronte ad una situazione di urgenza, che non può essere adeguatamente affrontata con i mezzi di cui dispone la struttura ospedaliera in cui si trova ad operare, ha l'obbligo di disporre tempestivamente il trasferimento del paziente presso altra struttura, in adempimento del generale dovere di diligenza».

In definitiva, «la Corte d'appello ha da un lato accertato *in facto* un deficit organizzativo dell'ospedale, ma dall'altro lato non ha né accertato se i medici si preoccuparono di predisporre il trasferimento della paziente; né se il trasferimento era possibile».

Infine, anche sotto il secondo profilo sopra evidenziato, «la decisione della Corte d'appello è motivata in modo

illogico nella parte in cui ha affermato non esservi prova del nesso di causa tra la condotta dei sanitari ed il danno», laddove, invece, «è pacifico tra le parti che la lesione del plesso brachiale patita da V.P. si verificò *intra partum*, e non era certo congenita».

Per tali motivi, la sentenza è stata cassata, con rinvio del giudizio ad altra Corte d'appello, individuata in quella di Catania.

La Suprema Corte, nel rinviare la questione ad un nuovo giudizio, ha non solo precisato gli accertamenti ulteriori da compiere circa le effettive responsabilità dei sanitari, ma ha anche indicato nei termini seguenti, i principi di diritto da applicare nella nuova valutazione dei fatti, in tal modo fissando le massime desumibili dall'importante decisione.

LA MASSIMA - *Il primario ospedaliero risponde del danno derivato da un deficit organizzativo della struttura da lui diretta, ove non dimostri di avere adempiuto tutti gli obblighi a lui imposti dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, art. 7 e cioè di essersi informato sulle condizioni dei malati, di avere impartito le necessari istruzioni al personale, e di avere predisposto le direttive per eventuali emergenze.*

È in colpa il medico che, al cospetto di un paziente le cui condizioni non possono essere adeguatamente gestite nella struttura ospedaliera in cui si trova, non si attivi per disporne l'immediato trasferimento in altra struttura.

Responsabilità dell'infermiere del pronto soccorso addetto al triage

Corte di Cassazione, Sez. IV pen. - Sentenza 1° ottobre 2014, n. 11601

FATTO - Il Tribunale di Milano dichiarava due infermieri addetti al triage presso il pronto soccorso di una Clinica, responsabili del reato di omicidio colposo in danno di un ricoverato deceduto per sindrome coronarica acuta, condannandoli al risarcimento dei danni. Al primo imputato era addebitato di aver assegnato al paziente un codice verde nonostante lamentasse dolore toracico atipico, di aver omesso di monitorare le variazioni delle condizioni del paziente ogni 30-60 minuti e di non avere segnalato all'infermiere che lo sostituiva, al momento del passaggio di consegne, la presenza di un paziente con dolore toracico in sala di attesa. Al secondo era addebitato di non aver ripetuto il monitoraggio del paziente in sala di attesa ogni 30-60 minuti. In fatto era accaduto che il paziente, anziano, ma senza precedenti clinici di rilievo, dopo l'accettazione al PS in codice verde con algia sternale, era rimasto seduto sulla sedia, in sala d'attesa, per circa sei ore, per poi accasciarsi improvvisamente per arresto cardiaco. Sottoposto ad angioplastica coronarica, era deceduto a seguito di progressive complicanze.

A seguito di impugnazione della sentenza, la Corte d'Appello di Milano assolveva gli imputati dal reato loro ascritto per non aver commesso il fatto. La Corte escludeva l'erroneità dell'assegnazione del codice d'ingresso in forza della documentazione sanitaria disponibile, mentre per l'omissione del monitoraggio, pur ritenendola sussistente, evidenziava che dalle risultanze processuali, si evinceva che il giorno dell'evento la rivalutazione delle persone presenti nel PS era stata impedita da altri casi urgenti.

Escludeva, inoltre, il nesso causale, rilevando che, per le accertate circostanze del processo infartuale, «il tempestivo intervento avrebbe lasciato comunque sussistere non trascurabili percentuali di non sopravvivenza».

Avverso la sentenza di assoluzione hanno proposto ricorso per cassazione sia il P.G. presso la Corte d'Appello di Milano, sia la parte civile.

DIRITTO - La Suprema Corte ha preso in considerazione, in primo luogo, «le censure … attinenti ai vizi motivazionali prospettati con riferimento alla ritenuta corretta assegnazione del codice di triage e all'apparente mancanza di aggravamento del paziente durante la permanenza al pronto soccorso».

Ha osservato, «quanto al primo profilo, che, a fronte dei rilievi (suffragati dalla CTU) contenuti nella sentenza di primo grado, riguardo alla sussistenza di un quadro sintomatologico tale da meritare l'attribuzione di un codice giallo, la Corte d'Appello è giunta a differenti conclusioni» rispetto al primo giudice».

Questa motivazione sul punto è stata ritenuta insufficiente, «posto che delle indicazioni contenute nella CTU aveva tenuto conto anche la sentenza di primo grado nel giungere ad opposto convincimento», avendo anche confrontate le condizioni del paziente nel caso in esame con quelle, analoghe, di altra persona giunta lo stesso giorno in PS e accettata con codice rosso. In proposito, la Corte ha richiamato «il principio per cui nel caso di riforma da parte del giudice di appello di una decisione assolutoria emessa dal primo giudice, il secondo giudice ha l'obbligo di dimostrare specificamente l'insostenibilità sul piano logico e giuridico degli argomenti più rilevanti della sentenza di primo grado, con rigorosa e penetrante analisi critica seguita da completa e convincente motivazione che, sovrapponendosi a tutto campo a quella del primo giudice, dia ragione delle scelte operate e della maggiore considerazione accordata ad elementi di prova diversi o diversamente valutati (in tal senso, da ultimo, Cass. Sez. II, sent. n. 50643 del 18 novembre 2014)».

«La sentenza impugnata - si legge ancora nella pronuncia della Cassazione - è, altresì, censurabile quanto alle conclusioni cui è giunta con riferimento all'inesigibilità della condotta degli infermieri, a fronte della situazione eccezionale, per il numero di persone giunte in pronto soccorso "tale da rendere effettivamente impossibile la rivalutazione di qualsiasi delle persone presenti". Anche per questo aspetto viene rilevato che la Corte d'appello ha desunto l'impossibilità di rivalutazione della situazione del paziente, prevista dal protocollo, dalla esiguità del personale in servizio quel giorno risultante dalla stessa documentazione valutata dai primi giudici, e ritenuta «non indicativa di situazioni di tale gravità per numero e urgenza da aver ostacolato la normale routine del pronto soccorso».

La Suprema Corte rileva, inoltre, che «l'affermazione dell'esonero da responsabilità per omessa attuazione di una condotta doverosa ai fini della salvaguardia della vita umana avrebbe richiesto una compiuta analisi riguardo alla presenza di medici e infermieri in rapporto all'affluenza delle presenze in pronto soccorso, considerando non solo il personale ivi addetto, ma anche le disponibilità delle forze presenti nell'intero ospedale. Ed invero deve ritenersi che spetti al personale pronto soccorso allertare il personale dei reparti ove si verifichino situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave

della salute dei cittadini bisognosi di cure di primo intervento, circostanza che in base alla compiuta valutazione delle risultanze probatorie non risulta emergere nella specie».

Per le censure di cui sopra la sentenza d'appello è stata quindi annullata - ma soltanto con riferimento all'infermiere che aveva eseguito il triage - con rinvio alla stessa Corte d'Appello di Milano.

LA MASSIMA - *Risponde di omicidio colposo l'infermiere del pronto soccorso addetto al triage che, dopo aver proceduto alla valutazione iniziale delle condizioni del paziente e all'attribuzione del codice colore, pone in essere una condotta omissiva riguardo al monitoraggio delle variazioni delle condizioni del paziente, previsto dai protocolli di triage.*

Spetta al personale di pronto soccorso allertare il personale dei reparti ove si verifichino situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave della salute dei cittadini bisognosi di cure di primo intervento.

La discrezionalità del sanitario in servizio di Guardia Medica nella valutazione della richiesta di visita domiciliare

Corte di Cassazione, Sez. VI pen. - Sentenza 20 gennaio 2015, n. 10130

FATTO - Il Dott. M.X., quale sanitario di turno nel servizio di guardia medica, assolto nel giudizio di primo grado innanzi il Tribunale di Fermo dall'accusa di omissione d'atti d'ufficio (art. 328 c.p.) - secondo il quale si sarebbe rifiutato di effettuare una visita domiciliare in favore di un anziano paziente successivamente deceduto - è stato poi condannato in secondo grado alla pena, condizionalmente sospesa, di sei mesi di reclusione e all'interdizione temporanea di un anno dai pubblici uffici, avendo la Corte d'Appello di Ancona ritenuto, in dissenso dalle valutazioni della pronuncia assolutoria, che i sintomi riferiti all'imputato dalla moglie del paziente fossero tali da definire esattamente il quadro di una sintomatologia che imponeva l'effettuazione di più adeguati approfondimenti diagnostici, da eseguire mediante esame clinico diretto che solo la visita domiciliare richiesta poteva assicurare; mentre il medico si era invece limitato a prescrivere, per telefono, le normali terapie farmacologiche di contenimento della patologia segnalata.

Avverso la sentenza ha proposto ricorso l'imputato, lamentando che la Corte d'Appello abbia svolto una valutazione di natura medica, senza procedere ad una perizia medico legale, in un caso nel quale al medico-pubblico ufficiale è riservato un ambito di discrezionalità tecnico-scientifica circa l'opportunità di porre in essere o meno un determinato atto del suo ufficio; e che sia giunta a conclusioni diametralmente opposte di quelle del Tribunale di Fermo senza minimamente confutarne il percorso logico-giuridico, con conseguente «mancanza, contraddittorietà o manifesta illogicità della motivazione».

DIRITTO - La Suprema Corte ha ritenuto il ricorso fondato e meritevole di accoglimento. «Nel caso in esame - ha osservato anzitutto - non viene in discussione il principio, correttamente ricordato dalla Corte territoriale, secondo cui è sanzionabile il comportamento del sanitario in servizio di guardia medica che non aderisca, in maniera pretestuosa o aprioristica, ad una richiesta di intervento domiciliare urgente, quando la situazione prospettata sia connotata da risvolti di inequivoca gravità, come tale integrante la necessità della relativa esecuzione quale atto indifferibile ai sensi dell'art. 328 cod. pen., co. 1. La giurisprudenza di questa Corte di Cassazione è, anzi, in genere concorde e costante nel ravvisare il reato, affermando contestualmente il principio che l'esercizio del potere-dovere del medico di apprezzare la necessità o meno della visita domiciliare (ai sensi del D.P.R. n. 41 del 1991, art. 13, co. 3) è pienamente sindacabile da parte del giudice sulla base degli elementi di prova sottoposti al suo esame (v, fra le tante della Sez. VI, sent. n. 23817/2012; n. 12143/2009 e altre precedenti)».

A giudizio della Cassazione, «il *punctum dolens* della questione riguarda, invece, il fatto che la sentenza d'appello non indica elementi probatori specifici pretermessi dal primo giudice, né pone in rilievo aspetti particolari da quello non considerati. Oltre tutto, la Corte territoriale non ha ritenuto neppure di procedere a perizia medico-legale, evenienza che avrebbe comportato la possibilità di disporre di quell'elemento di valutazione aggiuntivo, integrato dalle indicazioni fornite da un esperto della professione medica, atto eventualmente a consentire un difforme apprezzamento rispetto a quello operato dal giudice di primo grado».

La decisione non affronta, inoltre, il tema della discrezionalità tecnico-scientifica che va riconosciuta al medico pubblico ufficiale nella valutazione dell'opportunità o necessità di compiere la visita in base al quadro clinico desumibile dai sintomi e dalle altre indicazioni relative alla patologia segnalata in via telefonica.

In altri termini, la sentenza di appello, di riforma totale del giudizio assolutorio di primo grado, non ottempera al consolidato indirizzo giurisprudenziale della Suprema Corte che pone l'obbligo di motivazione rafforzata della decisione assolutoria, atta a dimostrare puntualmente l'insostenibilità sul piano logico e giuridico degli argomenti più rilevanti della sentenza di condanna in primo grado. «Ne discende la necessità di ritenere congruo ed appropriato l'apprezzamento della fattispecie operato in primo grado, sfociato nella formula assolutoria piena. All'accoglimento del ricorso nei termini sopra indicati consegue l'annullamento senza rinvio della sentenza impugnata perché il fatto non sussiste».

LA MASSIMA - *Il comportamento del sanitario in servizio di guardia medica è sanzionabile quando, in maniera pretestuosa o aprioristica, non aderisca alla richiesta di intervento domiciliare urgente, ancorché la situazione prospettatagli sia connotata da risvolti di inequivocabile gravità, come tale integrante la necessità della relativa esecuzione della visita quale atto indifferibile ex art. 328 del codice penale.*

In assenza della segnalazione di sintomi di inequivocabile gravità, come la presenza di "difficoltà respiratorie", non è censurabile il medico che abbia giudicato non necessaria la visita domiciliare richiesta, formulando nel contempo la diagnosi della patologia desumibile dai sintomi riferiti e prescrivendo la normale terapia farmacologica.

L'esercizio del potere-dovere del medico di apprezzare la necessità o meno della visita domiciliare è pienamente sindacabile da parte del giudice sulla base degli elementi di prova sottoposti al suo esame.

NORME PER GLI AUTORI

Mondo Sanitario pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

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

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

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà un abbonamento on line alle Riviste edite dalla FRG Editore valido per un anno dalla pubblicazione dell'articolo.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

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

1. *la prima pagina* deve contenere:
   a) titolo
   b) nome e cognome dell'Autore/i
   c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
   d) parole chiave (non più di 5)
   e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; fax; e-mail;
2. *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole;
3. *testo*, suddiviso in:
   a) introduzione
   b) materiali e metodi
   c) risultati
   d) conclusioni;
4. *ringraziamenti* (eventuali);
5. *bibliografia*, limitata alle voci essenziali. I riferimenti devono venire identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al.". Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2009a, 2009b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono I., Bova D. (2001): I livelli essenziali di assistenza e i fondi sanitari e sociosanitari volontari, fiscalmente agevolati, *Organizzazione Sanitaria*, XXIV, 3-4: 22-33, Edizioni SECuP, Roma.
- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.
- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli;

6. *tabelle/figure*, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1);
7. *acronimi e riferimenti legislativi*. Si utilizzino le formule più semplici: in maiuscolo la sola lettera iniziale, seguita dalle altre senza punteggiatura. Ad esempio: Ssn, Psn, Asl, Ao, Drg, Rod, Fsn. Si indichino le lettere iniziali minuscole delle parole che li compongono. Ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 229/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

LISTINO ABBONAMENTI 2015

Rivista	ISSN	Abbonamenti Italia/Estero	Copia fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XXXIX - trimestrale)	1827-9724	115,00	30,00	16,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (accesso annate precedenti)	-	80,00		
MONDO SANITARIO (Vol. XXII - mensile 11 fascicoli)	1970-9374	175,00	19,00	16,00
MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti)	-	120,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO	-	230,00	-	-
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti)	-	150,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (consultazione on line) (Vol. XXV)	1970-9722	219,60	-	-

Modalità di pagamento e fatturazione:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (**IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94**) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail **info@frgeditore.it** o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido.
Entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verrà comunicata la user e la password che consentono l'accesso on line alle Riviste acquistate.
Agli Abbonati che ne faranno richiesta verrà inviato direttamente all'indirizzo di posta elettronica comunicato copia in pdf dei fascicoli pubblicati.
Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere.

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

Per ogni ulteriore informazione sugli abbonamenti e per la verifica dei fascicoli pubblicati visitate il sito **www.frgeditore.it**