

ANNO XXVI

n. 1-2

Gennaio-Febbraio 2019

# MONDO SANITARIO

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

## IN QUESTO NUMERO

La sanità di prossimità: un progetto di welfare per le Aree Interne

La gestione del paziente psichiatrico autore di reato:  
indagine conoscitiva tra gli operatori sanitari

Il sistema Azienda nel mondo sanitario  
e le nuove società di capitali

[www.frgeditore.it](http://www.frgeditore.it)

**FRG**  
editore

# MONDO SANITARIO

(XXVI - N. 1-2 Gennaio-Febbraio 2019)

## SOMMARIO

- 1 La sanità di prossimità: un progetto di welfare per le Aree Interne**  
*A. Golino, F. Colavita*
- 13 La gestione del paziente psichiatrico autore di reato: indagine conoscitiva tra gli operatori sanitari**  
*A. Frangione, P. Lorenzo, L. Matti Altadonna, G. Troiano*
- 21 Il sistema Azienda nel mondo sanitario e le nuove società di capitali**  
*R. Grinta, S. Cesaroni, S. Falciglia*
- 27 Rassegna di Giurisprudenza**  
*(a cura di M. Greco)*

## MONDO SANITARIO

*rivista mensile*

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 stampare: febbraio 2019

*Direzione, Redazione e Impaginazione:*

FRG Editore Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma

Tel. 06.50912071 - Fax 06.50932756 - [www.frgeditore.it](http://www.frgeditore.it) - e-mail: [info@frgeditore.it](mailto:info@frgeditore.it)

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003

(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

*Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento*





## La sanità di prossimità: un progetto di welfare per le Aree Interne

ANTONELLA GOLINO

*Borsista di Ricerca presso il Centro di Ricerca per le Aree Interne e gli Appennini (ArIA) dell'Università degli Studi del Molise, docente a contratto di Sociologia*

FRANCESCO COLAVITA

*PM - consulente esperto in management delle Aziende Sanitarie e delle reti per lo sviluppo sociale*

**Riassunto:** *Le aree interne rappresentano una grande e moderna questione nazionale. I territori con problemi demografici, ma fortemente policentrici e con un diffuso patrimonio storico-territoriale, in alcuni casi mostrano prospettive di ripresa tali da essere incoraggiate ed essere prese come modello da seguire.*

*La rivalutazione del locale è un campo di studi e di ricerche molto nutrito, alcuni studiosi suggeriscono una revisione dei modelli tradizionali di crescita, mentre la prospettiva territorialista tende a riportare in equilibrio il rapporto uomo-risorse e a trasformare in coscienza politica e sociale la conoscenza delle risorse endogene e dei patrimoni territoriali, in direzione di una "coscienza di luogo" o di "un nuovo sentire dei luoghi".*

*In questi comuni si possono sperimentare nuovi modelli di welfare in grado di assicurare una migliore vivibilità per i cittadini e ricostruire interi sistemi locali. La sanità, o per meglio dire la salute, diventa un driver indispensabile per poter impostare proposte programmatiche di rivalutazione dal basso, grazie anche al protagonismo amministrativo-gestionale.*

*I comuni delle aree interne divengono quindi un laboratorio di sperimentazione di nuovi modelli socioeconomici in grado di assicurare una migliore vivibilità per i cittadini e ricostruire sistemi anche di sanità di prossimità, utili a garantire i livelli di assistenza di base.*

**Parole chiave:** *aree interne, sanità di prossimità, SNAI, integrazione socio-sanitaria*

### **Aree interne e governance**

Il riconoscimento delle aree interne avviene, principalmente, attraverso la distanza che un comune assume da quelli che sono definiti "centri di offerta di servizi" (1).

Molti comuni italiani negli ultimi anni sono stati oggetto di un piano di riforma nazionale grazie alla *Strategia Nazionale Aree Interne* (SNAI) che è nata nel 2012 con il fine di invertire il trend demografico negativo delle aree interne del Paese. L'obiettivo è quello di rendere questi borghi maggiormente fruibili e attrattivi mediante la promozione del mercato locale, sospingendo lo sviluppo dei punti di forza quali il campo

agroalimentare, la cultura, il turismo e, allo stesso tempo, attraverso il ripristino della cittadinanza, riequilibrando l'offerta dei servizi di base. Grazie a tale piano di riforma nazionale molti borghi ne sono stati i protagonisti diretti, e così come accade nelle più recenti politiche europee di coesione, anche la SNAI si mostra con l'obiettivo sì di essere assistenziale, ma a sostegno di azioni di sviluppo basate sul rafforzamento e sulla valorizzazione delle potenzialità locali (Dematteis, 2016).

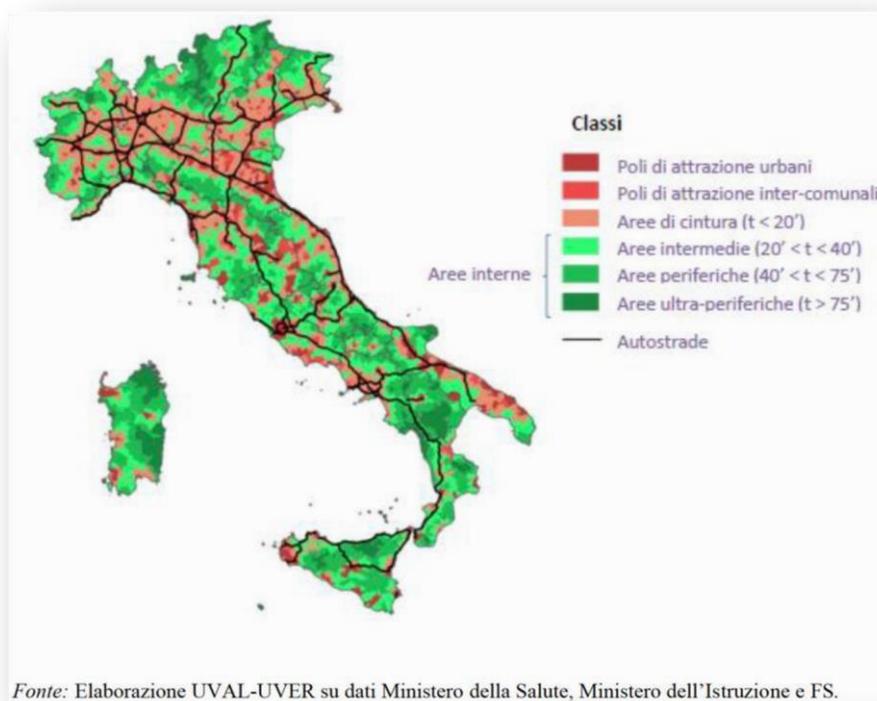
Il criterio per definire un comune come appartenente ad un'area interna viene effettuato attraverso una mappatura che pone in relazione il calcolo della distanza e del tempo che i cittadini impiegano a raggiungere i «poli» o i «poli

intercomunali», dove un'associazione di Comuni assicura tutti e tre i servizi necessari, distinguendo poi tutti gli altri comuni tra "cintura", dove si vive a meno di 20 minuti di distanza dal polo, "area intermedia", dove vengono impiegati 40 minuti per arrivarci, "area periferica", dove sono necessari 60 minuti, "area ultraperiferica", dove di minuti ne occorrono più di 80 (2) (fig. 1).

Tali aree rappresentano da diversi anni una grande questione nazionale, territori con problemi demografici ma fortemente policentrici e con un diffuso patrimonio storico-territoriale che in alcuni casi mostrano prospettive di ripresa tali da essere incoraggiate ed essere prese come modello da seguire (Marchetti et al., 2017). Fondamentale per tale aree è la *governance* delle politiche il più possibile orientata allo sviluppo locale.

Nel libro bianco dell'Unione Europea, la

**Fig. 1 - La mappa delle aree interne in Italia**



*governance* viene definita come insieme di "regole, processi e comportamenti che influenzano il modo in cui i poteri sono esercitati a livello europeo, facendo particolare riferimento all'apertura, alla partecipazione, alla responsabilità, all'efficacia e alla coerenza dei processi decisionali" (Commissione Comunità Europea, 2001).

Nel documento vengono riportati i cinque principi della buona *governance*: apertura, partecipazione, responsabilità, efficacia, coerenza;

l'applicazione di questi cinque punti va a sostegno dei principi di proporzionalità e di sussidiarietà.

Di conseguenza l'analisi delle politiche urbane deve mettere l'accento sia sull'evoluzione delle politiche nazionali nel campo urbano, sia sull'esistenza di strategie locali e di meccanismi particolari di regolazione sociale, sia sul modo in cui le politiche europee o nazionali sono integrate, tradotte, o trasformate a livello locale.

Un'analisi dello sviluppo regionale operata da Keating (2001) contiene indicazioni generalizzabili anche a livello urbano, sostenendo che si tratta di un fenomeno complesso e diversificato, che talvolta viene interpretato in modo semplicistico attraverso un modello di inevitabile competizione tra regioni e di perdita di importanza dello Stato nazione. Gli effetti delle trasformazioni economiche sono mediati dalla

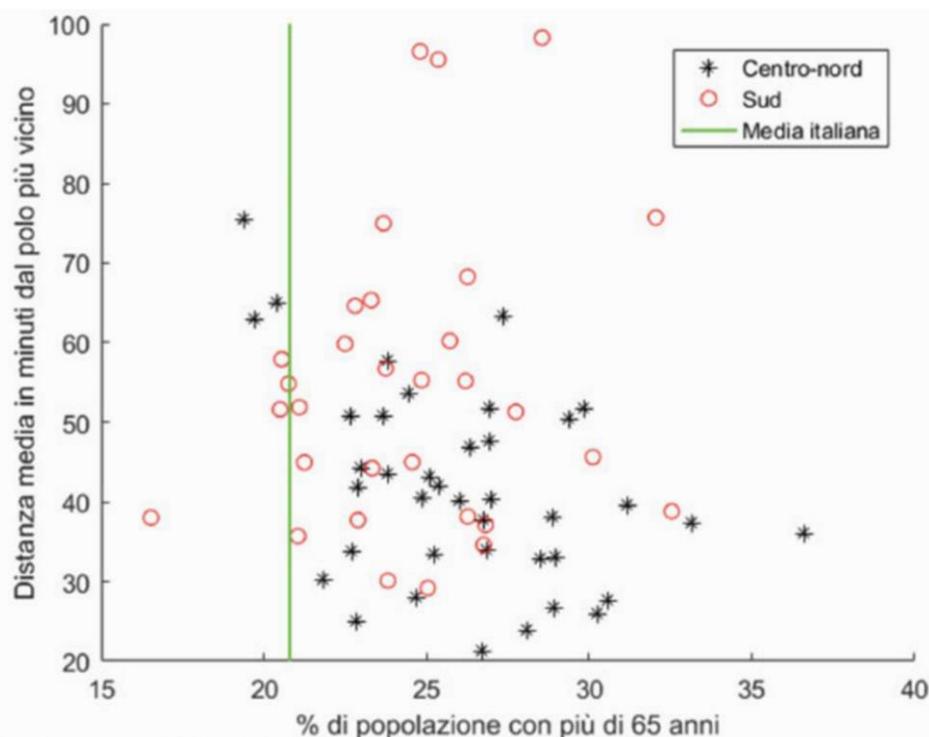
cultura, dalle istituzioni e dalla politica e, anche se è vero che le regioni sono sistemi di regolazione sociale e attori in contesti nazionali e globali, si tratta di un processo molto complesso. Le forme dello sviluppo competitivo e l'impatto sulle politiche urbane devono essere analizzate attraverso il concetto di coalizione per lo sviluppo attraverso dei fattori cruciali: cultura, istituzioni, leadership, composizione sociale e dimensione esterna. La cultura viene intesa come insieme di relazioni sociali, valori condivisi, norme di cooperazione e reciprocità che favoriscono la definizione di obiettivi di sviluppo

comune. La struttura istituzionale riguarda il grado di frammentazione territoriale, cioè la presenza di forme di governo metropolitano, il grado di frammentazione funzionale, la presenza di relazioni pubblico-private e le relazioni tra diversi livelli di governo. La leadership può essere individuata in una personalità carismatica, collettiva o in un partito politico.

La composizione e rappresentazione degli interessi sociali e dei rapporti tra le diverse parti,

in modo particolare tra capitale e lavoro. Ultimo elemento è la dimensione esterna, nazionale e internazionale, Keating sottolinea che una città, una regione, per potersi rappresentare sulla scena internazionale, deve prima costituirsi come attore attraverso la leadership, l'abilità dei governi locali e la capacità di sostenere una definizione di interessi collettivi. La rivalutazione del locale nasce da un processo partecipativo dal basso (*bottom up*), questo si lega al fatto che negli ultimi

**Fig. 2 - Relazione tra distanza media in minuti dal polo più vicino e % di residenti over 65 anni di età (2016)**



Fonte: Elaborazioni Comitato Tecnico Aree Interne

anni i governi locali sembrano sempre più impegnati a coinvolgere i cittadini nei processi che portano alla presa di decisioni specifiche. Secondo Bobbio (2002) "attraverso la partecipazione la democrazia locale tende ad assumere volti nuovi. Alla legittimazione generale (attraverso le elezioni) si sovrappone una legittimazione puntuale su singole politiche o singole scelte. Muta il ruolo degli amministratori locali che si configurano meno come decisori e più come registi o facilitatori". Lo stesso studioso sottolinea che sono tre le caratteristiche che deve avere un processo partecipativo: strutturazione, informalità, trasparenza. Affinché il processo partecipativo abbia queste caratteristiche è necessario un fortissimo ruolo di regia, di *pilotage*.

Ovvero progettare il processo e gestirlo nei tempi concordati, rimuovendone gli ostacoli e appianandone i conflitti (figure 2 e 3).

La partecipazione costituisce il presupposto di un processo democratico, aggiungendo trasparenza e freschezza al processo stesso. La partecipazione può diventare il mezzo per definire e realizzare politiche efficaci. Essa non va a diminuire o limitare i poteri delle istituzioni preposte al governo locale, ma ne può potenziare

gli effetti e costituisce il terreno fertile su cui far attecchire, tra l'altro l'azione di *governance*.

Un elevato grado di senso civico si evidenzia nelle comunità locali in cui è diffusa la presenza di cittadini che interpretano attivamente il proprio ruolo, entro un tessuto sociale in cui operano principi di cooperazione e di fiducia nel prossimo. Questo atteggiamento favorisce lo sviluppo di relazioni sociali "a rete" tra soggetti che si considerano dei pari, al contrario, nelle comunità dove il senso civico è debole prevalgono reazioni diseguali (Putnam, 1993).

Ed è proprio la logica della rete a favorire i processi di sviluppo alla base della SNAI, ogni area infatti è chiamata a decidere il futuro della propria comunità, come orientarne gli sviluppi e la modalità per invertire le criticità, trasformando la minaccia dell'abbandono in opportunità di crescita.

### Salute e aree interne: una descrizione empirica

A partire dalle loro specificità, assunte come risorse, le aree interne non dovrebbero più essere considerate come zone svantaggiate geograficamente, economicamente e socialmente, ma come aree dotate di un proprio potenziale rispetto alle politiche di sviluppo economico e coesione sociale. Per tali aree (e non solo), la salute

rappresenta un servizio fondamentale che, laddove assente, spinge le popolazioni ad abbandonarle. E se sociologicamente la salute è percepita come “sentirsi al meglio dentro e fuori (...) integrità che possiede valore (...) cosa o stato che non può essere perso” (Cipolla, 1997), il principale oggetto d’interesse sanitario muove dalla constatazione che nelle Aree Interne si declina in modo particolare il tema dell’equilibrio dell’offerta e dell’integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere e territoriali, coerentemente con i criteri di utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale, reso ancora più cogente in ragione della distanza dai servizi e dalle peculiarità demografiche e socioeconomiche di queste aree (fig. 4).

Il Servizio Sanitario Nazionale ha, tra le proprie funzioni principali, la tutela della salute dei cittadini assicurando loro, in relazione al fabbisogno assistenziale sia l’accesso e la fruizione appropriata dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di prevenzione ed educazione alla salute; sia l’integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari, anche mediante il trasferimento dell’offerta sanitaria dall’ospedale al territorio e al domicilio del paziente, tramite la piena complementarietà delle funzioni.

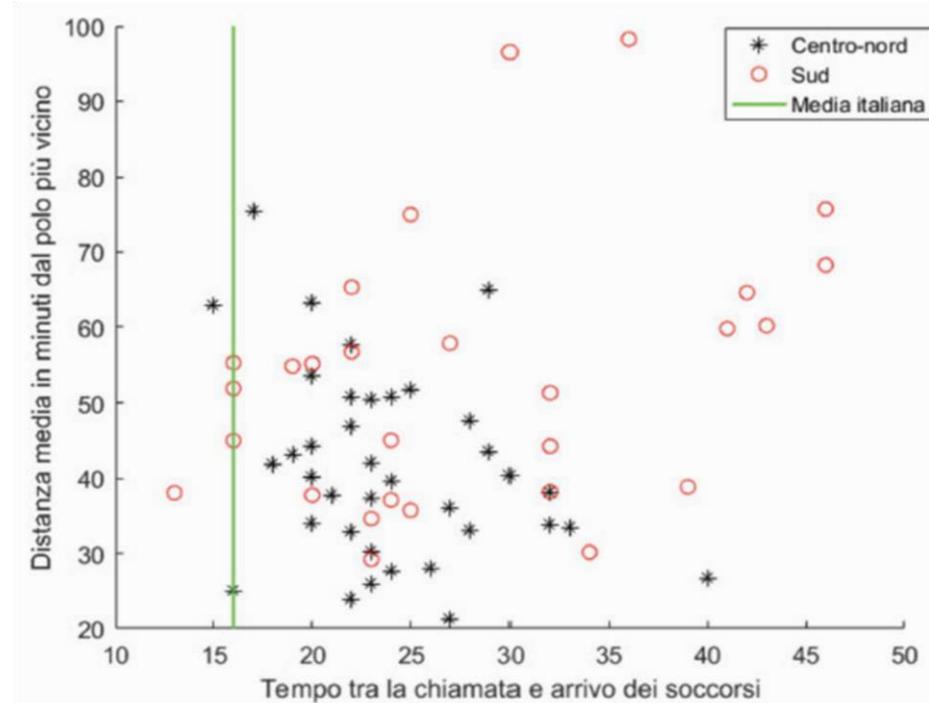
In questo quadro, assume sempre maggiore rilevanza l’integrazione, concetto che rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative portate avanti in questi ultimi decenni da tutte le Istituzioni e dalle aziende produttrici di beni e servizi.

Sul versante dei servizi per la salute l’obiettivo è quello di ridurre la frammentazione dell’erogazione dell’assistenza e la continuità dell’assistenza creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra i diversi attori sociosanitari per migliorare la qualità dell’assistenza e della vita dei cittadini/utenti, l’efficienza del sistema, e la soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider, e setting operativi differenti (Ovretveit, 1998; Kodner, Spreeuwenberg, 2002). Le moderne logiche d’integrazione/continuità nel campo dell’assistenza socio-sanitaria, hanno trovato la loro traduzione concettuale in metodologie come il *Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model*

e nel *Disease Management*, determinando l’applicazione operativa nella progettazione e nell’implementazione dei Percorsi Assistenziali e delle Reti assistenziali strumenti, ad oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi socio-sanitari (equità, efficacia, efficienza) attraverso:

- la promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l’integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale e le Istituzioni preposte a garantire la salute dei cittadini) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicità, pluripatologia) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all’interno degli stessi livelli);

- il coinvolgimento dei pazienti interventi (Marinacci et al., 2016). La descrizione del progetto di sanità di prossimità dimostra che, il coinvolgimento delle comunità locali nei processi di governo della funzione ha il fine di rifondare il patto fiduciario tra il sistema di welfare e la comunità locale; questo si evince nella ricerca di una garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria anche con l'attivazione degli stessi cittadini e delle loro reti per costruire forme di cura e assistenza più appropriate ed efficaci (Galesi, 2010).



nell'autogestione della propria salute;

- l'attivazione di processi di *benchmarking* e *benchlearning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenze in altri.

Le dinamiche dell'invecchiamento e l'evoluzione dei bisogni di salute prodotti dalla crescente frequenza di patologie croniche sono fenomeni che interessano in modo particolare i territori con forte spopolamento e che richiedono, soprattutto nelle aree interne, un ripensamento dei servizi sanitari sempre più orientati verso la presa in carico del paziente. Il Patto per la Salute prevede che le Regioni disciplinino principi e strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, in modo particolare per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscano indicazioni alle Asl e agli altri enti del SSR per l'erogazione congiunta degli

Le dinamiche dell'invecchiamento e l'evoluzione dei bisogni di salute prodotti dalla crescente frequenza di patologie croniche sono fenomeni che interessano in modo particolare i territori con forte spopolamento e che richiedono, soprattutto nelle aree interne, un ripensamento dei servizi sanitari sempre più orientati verso la presa in carico del paziente.

Le patologie croniche, inoltre, rappresentano la vera sfida per i sistemi complessi. Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese (3). La strategia delle aree interne è da intendersi, quindi, anche come valido supporto utile a contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sociosanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Le patologie croniche, inoltre, rappresentano la vera sfida per i sistemi complessi. Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese (3). La strategia delle aree interne è da intendersi, quindi, anche come valido supporto utile a contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sociosanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

L'assistenza integrata diventa quindi la componente necessaria della salute utile a colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale. In tal modo, essa può affrontare il cambiamento della domanda di assistenza derivanti dall'invecchiamento della popolazione, offrire un'assistenza che è centrata sulla persona, riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti; facilitare l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società attraverso un migliore accesso ai servizi della comunità flessibili; portare ad una migliore efficienza del sistema attraverso un

fondamentali; le caratteristiche naturali ben conservate, alternate con aree agricole, ne fanno un'area dalle elevate qualità paesaggistico-ambientali.

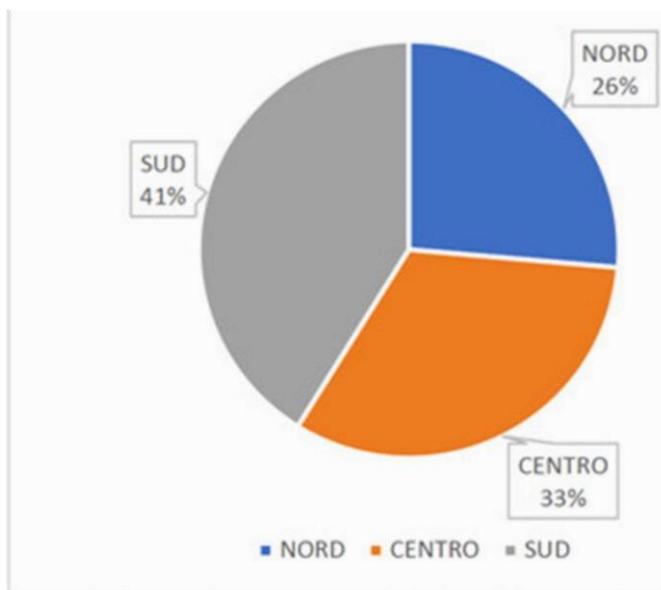
I piccoli borghi che caratterizzano l'area conservano forti tradizioni e specifiche identità comunitarie e, nonostante gli sforzi per garantire la struttura più elementare dei servizi di prossimità - dal commercio, ai pubblici esercizi, ai servizi sanitari - appaiono ancora lontani dal poter garantire fondamentali livelli assistenziali. Al tempo stesso il territorio è caratterizzato da un accentuato isolamento territoriale, il che comporta

chiare difficoltà nel raggiungimento di ambulatori e ospedali per l'assistenza sanitaria pubblica, il tutto aggravato dall'assenza di una continuità assistenziale capillare nel territorio. Le criticità emerse afferiscono principalmente all'offerta di servizi rivolti alla popolazione anziana, cui corrisponde un elevato tasso di ospedalizzazione evitabile. L'elevato ricorso a ricoveri segnala la necessità di una specifica attenzione alla presa in carico delle persone in condizioni di cronicità, in modo che possano evitarsi complicazioni e conseguente ricorso all'ospedale.

Un ulteriore tratto di peculiarità regionale è rappresentato dalla presenza di un'unica Azienda Sanitaria, l'ASReM appunto. Nell'area del Fortore poi, non vi è la presenza strutture ospedaliere per la degenza. Il riferimento "ospedaliero" è l'Ospedale di Campobasso, unico DEA di I livello regionale, così come individuato dal D.M. 70/2015 (4) c.d. "Balduzzi". La programmazione sanitaria regionale ha previsto che il collegamento tra territorio e rete ospedaliera venga garantita dalle due postazione d'emergenza/urgenza di 118 dell'area del Fortore, posizionate una nel Comune di Sant'Elia a Pianisi e una in quello di Riccia.

Il Fortore ricade nelle competenze di uno dei 3 Distretti socio-sanitari aziendali, quello di Campobasso, che serve complessivamente 51 comuni, 49 dei quali scarsamente popolati, cioè il 40% (124.724 abitanti) della popolazione totale regionale.

**Fig. 4 - Percentuale dei Comuni nelle aree interne raggruppate per macroregione**



Fonte: Elaborazione grafica su dati OPENareeinterne. Agenzia per la coesione territoriale.

migliore coordinamento dell'assistenza.

*La sanità di prossimità nel Fortore molisano* L'area progetto afferente all'Area Interna del Fortore in Molise, si estende in una vallata collinare al confine con la Puglia e la Campania e risulta composta da 12 Comuni: Campolieto, Cercemaggiore, Gambatesa, Gildone, Jelsi (ente Capofila), Macchia Valfortore, Monacilioni, Pietracatella, Riccia, Sant'Elia a Pianisi, Toro e Tufara. La zona occupa una superficie complessiva pari a 481,63 chilometri quadrati e conta 22.511 abitanti. Il territorio, caratterizzato da insediamenti piuttosto frammentati, trova nel basso livello di antropizzazione uno dei suoi pregi

Nella riorganizzazione complessiva della rete in cui si va ad innestare anche la Strategia del Fortore, è prevista la riconversione del poliambulatorio di Riccia in Casa della Salute e l'attivazione di posti di residenzialità e semiresidenzialità per gli anziani e per le disabilità.

Garantire i livelli di assistenza di base è l'obiettivo cardine che viene richiesto dal territorio del Fortore, area caratterizzata da un forte isolamento territoriale e da una conseguente assenza di continuità assistenziale; con tali premesse infatti risulta difficile assicurare in maniera capillare un'assistenza sanitaria pubblica a tutti i cittadini dell'area.

Ripristinare tali servizi significa attuare un sistema organizzativo territoriale in grado di prendersi in carico un bisogno fondamentale che è quello del diritto alla salute per tutti. A tal fine, la messa in atto di azioni sostenibili nel tempo e perfettamente integrate con le esigenze del tessuto sociale significa migliorare le condizioni di salute dei residenti e non solo, mettendo al primo posto il ripristino di un diritto fondamentale. Nel settore dei servizi socio-sanitari, si registra un tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra 75enne indicativamente basso (334,9), sia rispetto alle altre aree interne molisane sia rispetto al dato nazionale. Il trattamento di assistenza domiciliare integrata (ADI) appare di 2,3% rispetto al 4% della media nazionale.

Questi dati dimostrano che, tra gli altri scopi, sia necessario migliorare i sistemi e i processi di controllo dei risultati, contribuendo a sviluppare una nuova logica di responsabilizzazione di risultati e performance di salute.

Per la specialistica ambulatoriale il dato è migliorato nel corso dell'ultimo decennio; infatti, le prestazioni erogate per mille residenti sono passate nel Fortore da 1317 del 2012 a 675 nel 2014. Il tasso di ospedalizzazione (LEA = 170,0) è stato di 171,6 nel 2012 e 159,28 nel 2013-2014; per la popolazione ultra 75 enne poi 312,48 nel 2013-2014 e un tasso di ospedalizzazione evitabile pari a 73,68 nello stesso biennio (5).

#### Metodologia

La metodologia d'intervento SNAI è tesa a far emergere una visione del territorio, per identificare quelle che sono definite *filiera*

*cognitive*, attraverso strumenti partecipativi moderni (*focus group*, tavoli paralleli, interviste, indagini partecipate) per costruire un confronto aperto, acceso e informato con i veri protagonisti dell'Area. Gli attori locali sono portatori di risorse, conoscenze e informazioni utili a interpretare la complessità e la natura dei bisogni dell'area. Si favorisce la creazione di reti relazionali che arricchiscano il processo decisionale pubblico facendo emergere nuove esigenze e nuove metodologie nella realizzazione degli interventi.

Per verificare la sua quadratura con le percezioni locali e per creare un incentivo forte al territorio a proporre i propri indicatori e a presentare le proprie valutazioni con riguardo a fatti misurabili il Comitato Tecnico Aree Interne dell'Agenzia per la Coesione Territoriale ha messo a disposizione una batteria d'indicatori costruita per la fase di selezione.

La stesura delle cosiddette schede progettuali in cui ciascuna azione verrà descritta nel paragrafo seguente, è l'esito di un lavoro condotto dalla Regione Molise, il sindaco "capofila" e l'assistenza tecnica dell'Università degli Studi del Molise, Centro ArIA (Centro di Ricerca per le Aree Interne e gli Appennini), che dopo oltre un anno di lavoro con il territorio e con il Comitato Tecnico Aree Interne ha elaborato la Strategia di sviluppo dell'area.

#### Risultati

Gli interventi previsti riguardano tutta quella fascia di popolazione che necessita di periodi di assistenza domiciliare e/o continua, di riabilitazione con il fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Nello specifico gli interventi previsti sono:

l'attivazione di un'offerta di servizi più territorializzati anziché ospedalocentrici, in grado di fornire risposte in linea con il principio di umanizzazione delle cure e dell'*empowerment* del paziente.

L'idea consiste nella creazione di un sistema territoriale integrato di servizi sanitari specialistici, che, accanto a specifiche attività di cura e di assistenza, attivi programmi di prevenzione e riabilitazione capaci di favorire la valorizzazione di un contesto territoriale organizzato ed adeguatamente attrezzato ai

bisogni della popolazione. I nuovi interventi proposti costituiranno elemento di integrazione di quanto già avviato attraverso precedenti progetti attuati nel Borgo del Benessere nel comune di Riccia che da qualche anno sta portando avanti una proposta progettuale tesa alla creazione di un sistema di accoglienza diffuso, specializzato nell'ospitalità parasanitaria, della salute e del benessere, affiancando a specifiche attività di cura e di assistenza, programmi di prevenzione, riabilitazione ed intrattenimento capaci di costruire, in stretta simbiosi con le peculiari componenti naturalistiche, ambientali e culturali locali, un modo alternativo di "fare accoglienza", abbinando il benessere del corpo e dello spirito alla valorizzazione delle relazioni umane nell'ambito di un contesto che, oltre ad essere organizzato ed adeguatamente attrezzato, risulti soprattutto piacevole e solidale. Nello specifico gli interventi programmati riguarderanno:

Implementazione della rete di farmacie - L'azione ha l'obiettivo di elevare il livello di assistenza di prossimità verso i cittadini residenti nei Comuni coinvolti, implementare le attività a domicilio ad integrazione con quelle fornite dai Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) del Distretto sociosanitario di riferimento e ridurre i ricoveri impropri verso i presidi ospedalieri e Pronto Soccorso di riferimento (codici bianchi e verdi). Il ruolo delle farmacie esistenti resta fondamentale ma è da trasformare in Farmacie di Servizi per le loro comunità, ovvero presidi di prossimità per le comunità e quali terminali delle reti sanitarie sociosanitarie nei territori considerati. In questa azione i servizi offerti afferiscono a: partecipazione delle Farmacie al servizio di ADI, collaborazione delle Farmacie a specifici programmi di Farmacovigilanza, l'erogazione di servizi di primo livello per programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione per le principali patologie a forte impatto sociale. L'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, su prescrizione dei MMG e dei PdF, secondo Linee guida e Percorsi diagnostico-terapeutici, avvalendosi anche di personale infermieristico e prevedendo l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici ed elettrocardiografi. Inoltre saranno previsti interventi di telemedicina ovvero l'effettuazione,

presso le farmacie, tra i servizi di secondo livello, di prestazioni analitiche di prima istanza e spirometria.

L'infermiere di famiglia e comunità - Obiettivo dell'intervento è quello di istituire la figura professionale dell'IFeC e dell'infermiere "care manager" per aiutare gli anziani del territorio e le persone affette da gravi patologie a vivere autonomamente presso il proprio domicilio, offrendo risposte importanti e autonome ai problemi della cronicità e della fragilità.

Il fine ultimo è quello di migliorare la rete sanitaria territoriale dei MMG e PLS e del servizio di assistenza sanitaria territoriale, con una diminuzione della media degli accessi per singolo paziente come risultato dell'investimento educativo da parte dell'IFeC nei confronti di pazienti, *caregiver* e con il coinvolgimento degli attori dell'équipe di cura.

In modo particolare, l'azione intende puntare su infermieri che siano sempre più in grado di realizzare interventi informativi ed educativi, prendere in carico e progettare interventi assistenziali, erogarli e valutarne con competenza e capacità critica i risultati ed infine attivare percorsi sulla base di specifici obiettivi assistenziali.

Borgo del benessere - Perseguire una buona qualità della vita, vuol dire avviare un processo di rinnovamento dei borghi con una progettualità volta a ricucire il territorio, restituendo identità ai luoghi e il senso di appartenenza a chi li abita e li frequenta.

Il tema di questo intervento è quello di reintervenire sul patrimonio esistente all'interno del Comune di Riccia, una grande risorsa oggi sottoutilizzata che richiede un recupero di qualità e di funzionalità, e di rendere fattibili interventi di sostituzione edilizia, come già da tempo avviene in altri paesi europei.

Il Borgo del Benessere, coniugando ospitalità diffusa, assistenza ai più deboli e recupero del centro storico, intende migliorare le proprie potenzialità con due interventi: infrastrutturali, con un immobile presente nel borgo e l'altro di servizio che sarà fornito attraverso la teleassistenza/telemedicina. È già previsto infatti

un punto di erogazione presso la Casa della Salute dello stesso Comune, questo viene inteso come servizio di assistenza sociale e psicologica, oltre ad essere utile per un continuo monitoraggio sanitario, mira a fornire un aiuto quotidiano e un sostegno concreto agli anziani non autosufficienti e/o a coloro che vivono da soli o in condizioni disagiate. Una sorta di assistenza continuativa, una rivisitazione sperimentale e locale di ciò che comunemente viene definita *long-term care*, assicurando forme innovative di cura della persona anche con interventi associati e orientati all'assistenza della persona e alla cura nell'ambiente di vita più funzionale al proprio stato di salute.

Le aree urbane rappresentano un fattore strategico per la crescita e la competitività del Paese, a patto di riuscire a conseguire una diffusa qualità della vita, intesa come valorizzazione del territorio, dell'edificato, qualità delle relazioni, accessibilità ai luoghi, integrazione sociale.

Il Progetto nasce quindi con l'intento di porre l'attenzione necessaria sui diritti e bisogni dell'anziano, attraverso un adeguato percorso di sostegno psico-socioassistenziale di ospitalità diffusa.

Questa idea progettuale rappresenta il *core* della Strategia del Fortore e ben si integra con il resto delle schede predisposte per l'intera area individuata e per la Strategia stessa con servizi innovativi e a sostegno della popolazione.

Strumenti per la non autosufficienza. Il presidio territoriale diffuso - L'intervento si pone l'obiettivo, in un'ottica di rete tra i diversi Comuni dell'area, di dare risposta a specifiche esigenze di cura per persone non autosufficienti, sia attraverso forme residenziali sia attraverso la forma della assistenza e terapia semiresidenziali per gli aspetti più specificamente legati alle demenze. Il percorso di presa in carico delle persone non autosufficienti coinvolge una buona fetta di popolazione: persone che presentano un bisogno assistenziale complesso, ovvero non autosufficienti in almeno un'attività di base della vita quotidiana. Tale intervento presenta come obiettivo secondario quello di liberare risorse, in termini di tempo, competenze, capacità/possibilità di accedere al mondo del lavoro, ovvero per le persone, principalmente familiari dei malati, che sono attualmente

chiamate, in modo più o meno obbligato (per l'assenza di altri servizi sul territorio), a dedicare il proprio tempo alle attività di assistenza (*care-givers* familiari). La localizzazione di tali interventi è prevista nei Comuni di: - *Gambatesa* dove sarà ultimata una Residenza Protetta per Anziani (R3), denominata "Casa protetta per anziani", ovvero la creazione di una struttura a valenza socio-sanitaria, da realizzarsi nel Comune per 12 posti letto. L'intervento di sistemazione infrastrutturale, l'allestimento di alcuni locali ed il finanziamento in via sperimentale per un anno di quota parte (50%) del servizio previsto;

- *Pietracatella* dove il Comune con propria iniziativa ha avviato i lavori per la realizzazione di una Residenza per persone non autosufficienti (R3) per un totale di 6 posti letto e chiede di sostenere l'avvio del servizio per due anni attraverso la presa in carico di quota parte (50%); - *Cercemaggiore* dove è prevista l'attivazione di un centro semiresidenziale dedicato alla cura e alla terapia delle diverse forme di demenza (SRD) in cui viene chiesto la realizzazione d'interventi infrastrutturali attraverso la risistemazione e l'allestimento di un ex edificio scolastico e due intere annualità e per i primi 6 mesi di attività, previsti come quota di finanziamento pubblico per l'avviamento e la gestione della struttura.

La previsione di più presidi sul territorio e dei connessi servizi consente di intercettare esigenze differenziate dei cittadini dell'area Fortore ma anche di una più ampia fascia di popolazione delle aree contermini.

Ambulatorio materno infantile - L'intervento prevede la creazione di un ambulatorio specialistico, materno/infantile in cui possano essere effettuate visite e terapie ambulatoriali specialistiche a supporto di donne (ragazze madre, donne che hanno subito violenze) e bambini dell'Area. L'idea è quella di realizzare attraverso l'ultimazione di una struttura presso il Comune di Monacilioni (CB) un ambulatorio che preveda secondo un calendario settimanale l'avvalersi degli specialisti (psicologici, educatori, ginecologi, ecc.). L'intervento messo in campo dall'amministrazione comunale, al fine di creare un presidio di carattere sanitario a servizio specialistico degli ospiti del centro, prevede pazienti che hanno esigenze di carattere sanitario ben delineabili e non disponibili altrimenti nel

territorio del Comune. Peraltro, la necessità di tutela intrinseca nei confronti delle donne e dei figli vittime di violenza, rende oggettivamente rischiosi spostamenti ripetuti e peraltro programmati presso altre strutture territoriali regionali. A tal fine l'avvio del servizio ambulatoriale specialistico attraverso la programmazione delle presenze permetterà all'utenza di avere una struttura di riferimento in cui sentirsi accolta e aiutata nei momenti di fragilità.

Le azioni descritte dimostrano che lo scopo della strategia nel lungo termine sarà dunque quello di sviluppare una rete di assistenza sanitaria dedicata agli individui con scarsa autonomia, sia anziani non autosufficienti che persone socialmente fragili così come prevenzione e cura di taluni disturbi in età evolutiva. L'idea è quella di creare un modello di rete sanitaria, che integrerà anche i servizi sociali dei Comuni e delle loro forme associative, in un approccio di accordi/piani di salute territoriali con obiettivi condivisi.

La crescita dell'area, delle sue attività e dei suoi cittadini attorno a tale punto focale, come evidente, non può prescindere dall'intervento sulle altre componenti che caratterizzano il territorio in termini di opportunità di sviluppo e di crescita della qualità della vita.

## Welfare locale

L'esperienza di sanità di prossimità del Fortore dimostra che uno degli elementi caratteristici della SNAI è l'attenzione ai diritti di cittadinanza, come forma di investimento contestuale agli interventi per favorire lo sviluppo economico.

Sempre più nel dibattito politico e amministrativo si fa uso del termine "strategico" sottolineando l'importanza di questo approccio a tutti i livelli del governo del territorio: si parla di strategie per le aree interne, per la città, per l'ambiente, per lo sviluppo, per l'industria o addirittura per i sistemi di welfare.

Diversi processi hanno contribuito negli ultimi anni alla crescita di enfasi sulla strategicità delle politiche: innanzitutto le dinamiche di trasformazione economica, politica e istituzionale

dei sistemi locali, secondariamente le nuove esigenze di governo del territorio e la percezione di inadeguatezza degli strumenti urbanistici tradizionali, infine la evoluzione del ruolo delle città e regioni nello scenario europeo e internazionale (Debernardi, Rosso 2007). Camagni (2003) definisce la pianificazione strategica "come la costruzione collettiva di una visione condivisa del futuro di un dato territorio, attraverso processi di partecipazione, discussione, ascolto". Si tratta quindi di una forma volontaristica di cooperazione e accordo tra i diversi interessi del territorio, coordinata dall'amministrazione locale e orientata a una visione strategica.

Nelle aree interne possiamo vedere alcune dinamiche del sistema di welfare nazionale acutizzate, come conseguenza della struttura ecologica delle popolazioni locali: tassi di anzianità molto alti, esigua presenza di giovani, bassi tassi di natalità, in alcuni casi elevata incidenza di popolazione immigrata (Carrosio, 2012). Ogni cittadino infatti deve sentirsi libero di scegliere dove vivere, creare le condizioni affinché non si debba essere costretti ad abbandonare i luoghi considerati meno "attraenti".

La libertà individuale diviene perciò un impegno sociale (Sen, 1990), nel momento in cui i sistemi locali di welfare diventano attivi e abilitanti, se puntano cioè ad accrescere le *capabilities* del cittadino, facendo in modo che egli acquisisca il potere e le risorse necessarie per esercitare una cittadinanza piena e padroneggiare la propria vita. Un concetto molto vicino a quello di *health literacy*, termine inserito nel 1998 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tra quelli del Glossario di Promozione della Salute, come un'importante strategia di *empowerment*. Per *health literacy*, infatti, s'intendono le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute, dando agli stessi cittadini la possibilità di accrescere il livello di *empowerment* dell'intero sistema.

Nella SNAI mobilità, istruzione e salute sono al centro di questo approccio: la capacitazione rispetto alla mobilità consente di rompere le barriere fisiche create dalla periferizzazione delle aree interne e assume lo statuto di requisito

a priori per la fungibilità degli altri diritti; la possibilità di scegliere in autonomia e senza interferenze i propri percorsi educativi e il diritto di accedere ad una istruzione/formazione di qualità rappresenta la condizione necessaria perché ogni cittadino delle aree interne sia messo nelle stesse condizioni degli altri per realizzare il proprio progetto di vita; poter esercitare il proprio diritto alla salute, durante tutto l'arco di vita e indipendentemente dalla condizione sociale e dal luogo di residenza, fa sì che la libertà sostanziale dei cittadini si incarni nelle condizioni di salute necessarie alla piena cittadinanza (Carrosio, 2016). L'esperienza descritta vuole dimostrare che un'inversione di tendenza può esserci, la ricerca continua e problematica di modelli organizzativi capaci di rispondere alla crescente e differenziata domanda di cure e di salute costituisce un grande e complesso tema sociale che comprende alcuni aspetti di specifico interesse, come l'apparato teorico dell'evoluzione del concetto di salute e le attuali trasformazioni dei sistemi sociali e dei modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari (Clemente, 2010).

La salute non può essere solo un ambito d'intervento delle politiche tese ad affrontare la malattia, ma deve diventare il fulcro del processo di sviluppo delle politiche pubbliche che intendono migliorare la qualità della vita di una popolazione.

I governi urbani si trovano ad essere a più diretto contatto, rispetto a quelli nazionali, con le istanze provenienti dalla popolazione: devono provvedere con interventi adeguati al soddisfacimento di bisogni urgenti, esponendosi più immediatamente al rischio di essere colpiti dal malcontento provocato da esigenze insoddisfatte (Mela, 2017).

Per comprendere l'articolazione delle forme di integrazione politica e sociale e delle capacità di azione di un territorio, bisogna valutare quindi diversi fattori. Alcuni afferiscono all'idea di capitale sociale, ovvero all'insieme delle relazioni sociali dei valori condivisi, delle norme di cooperazione e reciprocità che costituiscono il potenziale di interazione cooperativa che l'organizzazione sociale mette a disposizione delle persone (Bagnasco, 2002). Altri alla struttura istituzionale, agli strumenti organizzativi a disposizione degli attori, al grado di

frammentazione territoriale e funzionale, alla forma delle relazioni verticali tra diversi livelli di governo, e orizzontali, tra pubblico e privato. Altri ancora attengono alla leadership, alla possibilità di strutturare uno spazio simbolico di costruzione dell'identità e uno spazio politico, di dibattito e relazione, e alla composizione degli interessi sociali e dei rapporti tra le parti, in special modo tra soggetti politici ed economici.

Un progetto di welfare locale inclusivo e rispettoso delle necessità della popolazione è la sfida da vincere.

## Note

- (1) I Comuni delle Aree Interne sono 4.261, ovvero la metà dei comuni italiani, di cui 1.874 appartenenti alla tipologia di "periferici" o "ultraperiferici".
- (2) Per maggiori informazioni si rimanda al sito dell'Agenzia per la Coesione Territoriale [www.agenziacoesione.it](http://www.agenziacoesione.it).
- (3) Piano Nazionale della Cronicità - Ministero della Salute.
- (4) D.M. 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera: il DEA di I livello garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.
- (5) Per maggiori informazioni si rimanda al sito della Regione Molise [www.regione.molise.it](http://www.regione.molise.it).

## Bibliografia

- Bagnasco A. (2002): Il capitale sociale nel capitalismo che cambia, *Stato e Mercato*, 2: 271-303.
- Bobbio L. (2002): *I governi locali nelle democrazie contemporanee*, p. 193, Laterza, Roma-Bari.
- Camagni R. (2003): "Piano strategico, capitale relazionale e community governance", in Pugliese T., Spaziante A.: *Pianificazione strategica per le città: riflessioni dalle pratiche*, pp. 79-100, Franco Angeli, Milano.
- Carrosio G. (2012): "Un'analisi ecologica della presenza immigrata nell'Italia minore", in Osti G. e Ventura F.: *Vivere da stranieri in aree fragili*, Liguori Editore, Napoli.
- Carrosio G. (2016): L'innovazione che viene dalla periferia: welfare e Strategia Nazionale Aree Interne, *Agriregionieuropa*, XII, 45.
- Cipolla C. (1997): *Epistemologia della tolleranza*, p. 2575, Franco Angeli, Milano.
- Clemente C. (a cura di) (2010): *La salute tra assetti sociali e organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Commissione delle Comunità Europee (2001): *La governance europea. Un libro bianco*, p. 8, Bruxelles ([http://europa.eu.int/index\\_it.htm](http://europa.eu.int/index_it.htm)).
- Debernardi L., Rosso E. (2007): *Governance e sistemi urbani*, Carocci, Roma.
- Dematteis G. (2016): La città ha bisogno della montagna. La montagna ha diritto alla città, in Riabitare la montagna, *Scienze del Territorio, Rivista di Studi Territorialisti*, 4: 10-17.
- Galesi D. (2010): Fenomenologia della governance. La costruzione partecipata delle politiche socio-sanitarie e le sfide emergenti, *Studi di Sociologia*, 2: 171-185.
- Keating M. (2001): "Governing Cities and Regions: Territorial Restructuring in a Global Age", in Allen J.S. (ed.): *Global City-regions: Trends, Theory, Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- Kodner D.L., Spreeuwenberg C. (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper, *Int J Integr Care*, 2: e12.
- Marchetti M., Panunzi S., Pazzagli R. (2017): *Aree Interne. Per una rinascita dei territori rurali e montani*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Marinacci C., Laneri R., Miceli M., Di Minco L., Tamburini C. (2016): Le politiche sanitarie nelle Aree Interne del paese: scenari, sfide e innovazioni, *Agriregionieuropa*, XII, 45.
- Mela A. (2017): *Sociologia delle città*, Carocci, Roma.
- Putnam R.D. (1993): *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano.
- Ovretveit, J. (1998): *Evaluating Health Interventions*, Open University Press, Buckingham.
- Sen A. (1990): *La libertà individuale come impegno sociale*, Edizioni Fondazione Agnelli, Torino.

