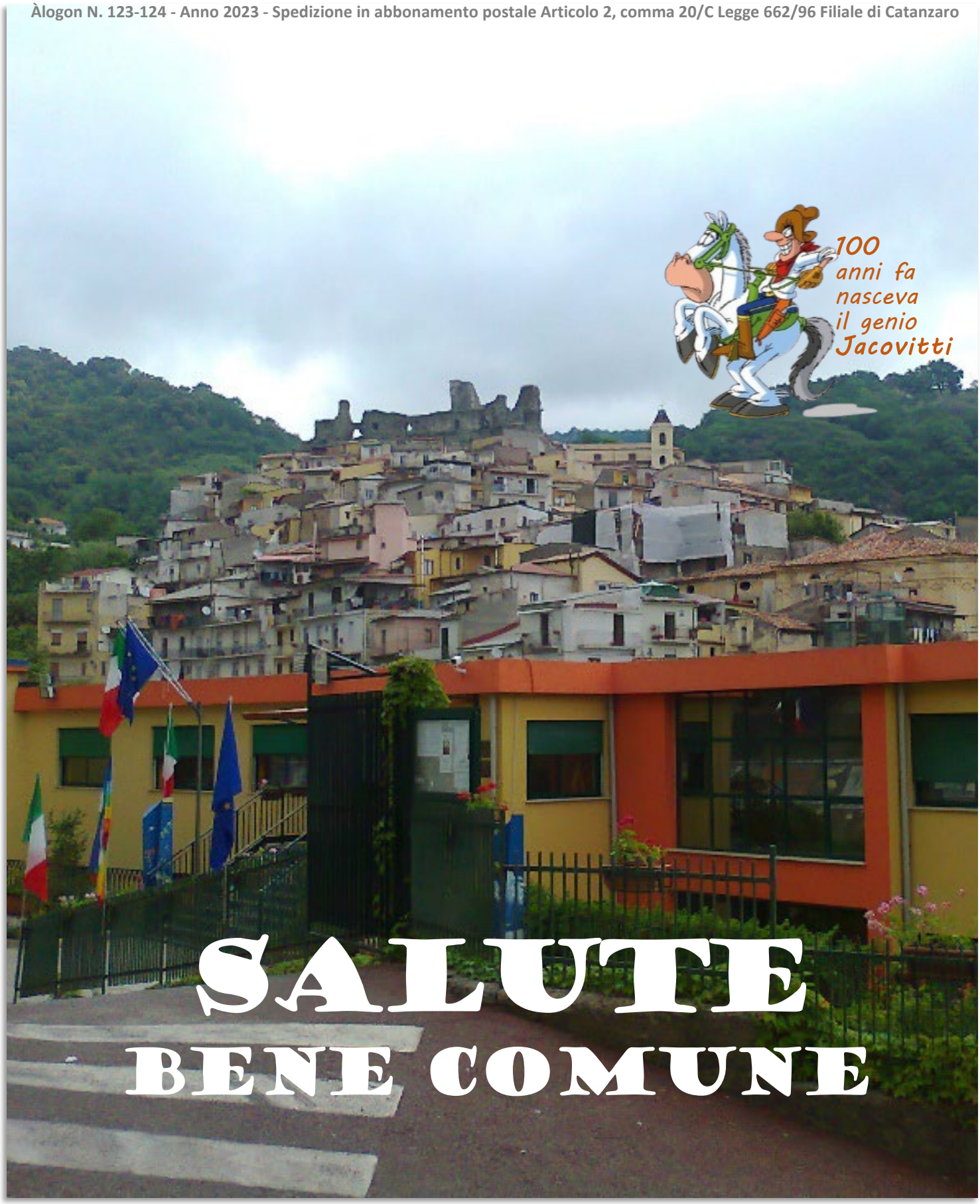
ISSN 2035-9136

Comunità Progetto Sud

ÀLOGON

Senza parole Non contato Improbabile Ineffabile Incalcolabile Irrazionale Assurdo Contro logica

Àlogon N. 123-124 - Anno 2023 - Spedizione in abbonamento postale Articolo 2, comma 20/C Legge 662/96 Filiale di Catanzaro



La rivista ÀLOGON della Comunità Progetto Sud è nata per far prendere voce alle persone che intendono pensare, parlare e proporre miglioramenti della qualità della vita in Calabria, e in particolare a quelle che non hanno voce per reclamare i propri diritti e, in coerenza, per potersi corresponsabilizzare a esercitare la cittadinanza dei propri doveri.

La Comunità Progetto Sud è un gruppo operativo, sperimentatore di interventi e di servizi innovativi sociali e sociosanitari, educativi e aggregativi, generativi di occupazione e di polis.

Insieme a tutto questo, è una "comunità parlante"; si mette in amicizia alla vita e al mondo di oggi con lo sguardo a quello che vorremmo vivere e convivere, il più possibile ricco di quei saperi che ha senso trasmettere al domani per realizzarsi come umani.

Ho curato questo numero di Àlogon per offrire gli utilissimi contributi elaborati da componenti dell'Associazione "Comunità competente" riguardanti il comparto della sanità in Calabria. Propongono letture e proposte di miglioramento di una *salute vera* in quanto governata e partecipata in modi corresponsabili da parte dei decisori politici e dalle amministrazioni, dal personale incaricato della cura e dalla popolazione.

Direttore
Giacomo Panizza

Indice

Rubens Curia, *Organizzare per processi la risposta alla complessa realtà dei bisogni di salute dei Territori*, p. 3 - **Rosalbino Cerra**, *Riorganizzazione dell'assistenza territoriale di base*, p. 4 - **Fausto Sposato**, *Una sanità più vicina alle persone*, p. 7 - **Adriana De Luca**, *La condizione delle persone con disturbi del neurosviluppo in Calabria. Proposte per un cambiamento di rotta*, p. 8 - **Nunzia Coppedé**, *Per un budget di progetto per persone con disabilità*, p. 10, - Daniela Diano, *I Consultori Familiari & la "nostra" Salute*, p. 12, - **Isolina Mantelli** e **Mimma Mollica**, *Calabria: Stato dell'arte sulle dipendenze patologiche*, p. 14 - **Giorgio Marcello**, *Promuovere salute mentale. I primi risultati di una ricerca sulle possibilità di attuare il Budget di salute nell'ambito della salute mentale*, p. 16 - **Marina Galati**, *Verso la Seconda conferenza regionale sulla salute mentale*, p. 17 - **Amalia C. Bruni**, *Demenze e deterioramento cognitivo minimo*, p. 18 - **Maurizio Cipolla**, *Il ruolo della Telemedicina nella democrazia delle cure*, p. 20 **Franco Abbonante**, *Progetto per avviare rete senologica regionale Calabrese*, p. 21 - **Primo Buscemi, Gabriele Cerini, Francesco Giannuzzi, Simone Iadevaia, Lorenzo Latella**, *I determinanti politici della salute,* p. 23 - **Rubens Curia** e **Francesco Costantino**, *I punti di crisi dell'edilizia sanitaria*, p. 24 - **Giacomo Panizza**. *Le indispensabili "Case della Comunità" da creare in Calabria*, p. 31 – **Healt City Institute** (HCI) Manifesto con il patrocinio di ANCI, Federsanità–Anci, Istituto Superiore di Sanità, Cities Changing Diabetes, *La salute nelle città: bene comune*, p. 34

Organizzare per processi la risposta alla complessa realtà dei bisogni di salute dei Territori

Rubens Curia, *Portavoce Regionale di Comunità Competente*

Tutte le relazioni di questa terza Assemblea Regionale di Comunità Competente narrano e si sviluppano per "processi" che la nostra "Comunità" ha attivato nel corso di questi quattro anni da sola o in alleanza con le forze sindacali, con il Terzo Settore, con Associazioni e con le Istituzioni.

Le proposte che nel febbraio 2022 avanzammo al Commissario Occhiuto per avviare una profonda riforma etica ed organizzativa della sanità calabrese si estrinsecavano in 17 punti:

1. **Garantire la "Partecipazione";**
2. Superare le forti criticità nella prevenzione dei tumori femminili e del colon-retto;
3. **Affrontare le problematiche della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;**
4. Attuazione del Budget di salute;
5. **Riduzione delle Liste d'attesa;**
6. Edilizia Sanitaria: " Un diritto dei calabresi, un'opportunità per la Calabria";
7. **La Salute Mentale:" Dare voce e risposte agli ultimi";**
8. I Concorsi Regionali;
9. **Il DCA n°5 del 31 gennaio 2022 " Programma di ammodernamento tecnologico"**
10. Piena attuazione delle AFT e delle UCCP;
11. **Il ruolo centrale dei Consultori Familiari ed il POMI;**
12. L'importanza dei Laboratori di patologia clinica pubblici;
13. **L'infermiere di Comunità per la prima cura a domicilio;**
14. Una nuova Rete Ospedaliera;
15. **Le "Aree Interne" e la sanità di prossimità;**
16. La centralità del medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta;
17. **Lo specialista ambulatoriale interno e un nuovo protagonismo nelle equipe multiprofessionali.**

Le relazioni di questa Assemblea seguono e aggiornano il programma che ci siamo dati in questi anni, infatti riflettono sull' "Infermiere di Comunità", sulle Case della Comunità come luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria, sul budget individuale di progetto per persone con disabilità, sul ruolo della Telemedicina, sui Consultori Familiari, su come organizzare la seconda Conferenza Regionale sulla salute mentale, sui ritardi nell'Edilizia Sanitaria, sull' esperienza positiva della Breast Unit della Dulbecco, sulla sanità d'iniziativa e di prossimità con il MMG e sulle proposte per superare le solitudini delle Aree Interne tenendo conto dei bisogni di salute delle popolazioni e delle normative non applicate in Calabria.

Riflettiamo su alcuni dati a cui è necessario dare risposte con una nuova organizzazione della sanità che valorizzi i "percorsi assistenziali territoriali":
a) 171,5 persone x 10.000 residenti sono assistite presso le Strutture Territoriali Psichiatriche contro la media nazionale di 143,4 x10.000;
b) Aspettativa di vita in buona salute 54 anni e 4 mesi in Calabria contro la provincia autonoma di Bolzano di 67 anni e 2 mesi;
c) Malattie croniche come il diabete 6,8% versus il 4,7% media nazionale (134.023 calabresi usufruiscono dell'esenzione);
d) Persone over 65 anni con almeno una limitazione funzionale grave 35,6%in Calabria versus 28,4% media nazionale (in cifra assoluta 147.160 over 65);
e) Mobilità passiva 2021 (dato acclarato) 242 milioni di euro pari al 20% dei ricoveri ospedalieri;
f) RMN 36 (Private) versus 19 Pubbliche di cui solo il 19% non è obsoleta (relazione Corte dei Conti del dicembre 2021).

Questi dati ci invitano a dare risposte alla cronicità, alle fragilità, alla non autosufficienza che assorbono il 70% del Fondo Sanitario Regionale riformando profondamente le Reti Territoriali ed Ospedaliere dimostratesi insufficienti!
Pertanto è necessario ripensare il Distretto Sociosanitario riportandolo "al centro del Servizio Sanitario Regionale", un "Distretto 2.0" implementando il D.M. 77/22 che deve garantire tutte le risposte assistenziali integrate creando una "Rete di cure primarie" all'interno della quale agiscono le equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Infermiere di Comunità, Specialista Ambulatoriale Interno, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, ecc.).

Questa " Rete Formale si intreccia con una "Rete Informale" (Volontariato, Terzo Settore, Associazioni di cittadini, Parrocchie, Centri di aggregazione sociale, ecc.) che insieme disegnano un nuovo modello culturale con una visione olistica della persona grazie ad una sanità partecipata che attiva un controllo sociale sulla qualità dell'organizzazione della sanità.

Questa nuova visione implica una formazione, in primo luogo, dei Direttori dei Distretti che devono garantire una sanità proattiva e d'iniziativa che, per esempio, entro il 31 dicembre 2025 dovrà garantire le cure domiciliari al 10% degli over 65 pari a 34.286 persone, in questo caso è fondamentale il ruolo dei MMG e degli infermieri di comunità;

attuiamo "il Programma Operativo Regionale 2022/25" attivando le 3 Unità Operative Complesse Ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza presso la Dulbecco, l'Annunziata e il GOM e le 50 PET (Postazioni di Emergenza Territoriale) per dare risposte, in questo caso all'Emergenza/ Urgenza;
riduciamo le Liste d'attesa accelerando l'acquisto delle apparecchiature medicali (solo 24milioni e 640mila euro impegnati sugli 86 disponibili della Delibera Cipe del luglio 2019) ed incrementiamo le ore di specialistica ambulatoriale interna;
assumiamo, perché vi è la disponibilità, psicologi, assistenti sociali e ostetriche per rilanciare l'iniziativa dei Consultori Familiari e dei Dipartimenti di salute mentale;

rilanciamo il programma SNAI (Strategia Nazionale Aree Interne) e attiviamo le "Fattorie Sociali";

utilizziamo i finanziamenti (42 milioni di euro) degli "Obiettivi di PSN" che implementano 5 Linee Progettuali che interessano la Telemedicina, la Prevenzione, la Cronicità;
attiviamo i finanziamenti europei del 2022 del "Programma Equità nella salute" che interessa quattro Aree:
1) Prendersi cura della salute mentale;
2) Contrastare le povertà sanitarie;
3) Il Genere al centro delle cure;
4) Maggiore copertura degli screening oncologici, specialmente nelle Aree Interne (Motorhome).
Lascio gli approfondimenti concreti alle relazioni che seguiranno che definiscono il nostro ruolo di "Comunità Informale d'innovazione sociosanitaria" al servizio della Calabria tenendo conto che il Servizio Sanitario è un sistema complesso adattativo che deve essere reattivo rispetto ai mutamenti ambientali circostanti per dare risposte esaustive ai nuovi e vecchi bisogni di salute, ciò in Calabria non è stato fatto ed oggi i calabresi ne pagano le conseguenze con una elevata e patologica mobilità passiva.

Ho, volutamente, lasciato alla fine la nostra richiesta di valorizzare la "Partecipazione" delle Associazioni dei cittadini, dei familiari e dei pazienti il cui "Piano" dettagliato abbiamo presentato al Commissario Occhiuto oltre 18 mesi orsono, riteniamo che sia fondamentale attivare gli strumenti della partecipazione a livello regionale, aziendale e distrettuale; prendiamo atto, con soddisfazione, che è stato istituito, con apposito DCA, e si sta riunendo il Coordinamento Regionale per la salute mentale dell'adulto e dell'adolescente, che si sono insediate in alcune ASP le Consulte dei Dipartimenti di salute mentale e le Consulte dei Consultori familiari, questa è la strada giusta se si vogliono abbattere muri di gomma invisibili e sacche di conservazione.

Riorganizzazione dell'assistenza territoriale di base

Rosalbino Cerra, *Presidente Regionale FIMMG*

PREMESSA

L'aumento dei costi di gestione dei sistemi sanitari, e le difficoltà assistenziali messe in evidenza nel corso della pandemia COVID 19, impongono una riqualificazione del sistema che sia compatibile con le risorse disponibili e che possa garantire al meglio l'assistenza sanitaria territoriale.
L'analisi e le proposte che riguardano le attività sanitarie territoriali non possono che partire dal DM 77/2022. Il Decreto, indica in linee generali, la riorganizzazione delle attività distrettuali, la costruzione e il ruolo delle case di comunità, gli ospedali di comunità, le centrali operative territoriali (COT), anche alla luce della possibile utilizzazione dei fondi PNRR.

Non indica soluzioni ai problemi assistenziali dei cittadini, **non indica** con quale personale e con quali fondi potranno poi essere gestiti, case della salute e ospedali di comunità, come garantire la capillarità dei servizi sanitari di base (assistenza primaria).
Peraltro, l'assenza di programmazione dell'ultimo ventennio, del numero di medici, di infermieri e più in generale di personale addetto ai servizi sanitari, ha determinato e determinerà, nei prossimi anni una reale difficoltà nell'erogazione dei servizi.

Il DM 77, centralizzando l'assistenza primaria nelle case di comunità non risponde alla particolare conformazione orografica della Calabria, poche grandi città, molti comuni di medie dimensioni, tanti piccoli borghi, in qualche caso distanti dalle città e con serie difficoltà nelle comunicazioni, abitati da popolazione in prevalenza anziana e quindi con maggiori bisogni assistenziali. In questo contesto, un singolo modello organizzativo rischia di non raggiungere l'obiettivo di una uniforme assistenza socio sanitaria territoriale.
Modelli assistenziali territoriali flessibili, sono auspicabili ***nel contesto di un unico riferimento normativo nazionale****,* la triste esperienza del Covid avrebbe dovuto chiarire a tutti, le difficoltà di affrontare problemi complessi come una pandemia, con 21, diversi, sistemi sanitari.! Una lezione non letta da chi ancora sostiene l'autonomia differenziata.

Cosa aggiungere al DM 77/2022

• **Una corretta programmazione** nella formazione del personale, deve essere questo, il primo impegno per chi vorrà un sistema sanitario capace di fornire risposte qualificate ai cittadini. Il rischio attuale e che si passi tra qualche anno, da una carenza, ad un eccesso di personale, peraltro poco qualificato, basti pensare al numero di ore "reali" nella frequenza delle sale operatorie per chirurghi e anestesisti, avendo raddoppiato le borse di studio e mantenuto la stessa rete formativa.

• **Valutazione dei bisogni assistenziali**. le liste d'attesa sono l'espressione più evidente di una carenza di valutazione dei bisogni sanitari dei cittadini. Le ore di specialistica ambulatoriale devono essere proporzionali alle richieste assistenziali.

• **Deburocratizzazione** dell'atto medico, l'Italia è il paese con maggior carico burocratico per i medici. Si calcola che almeno il 40% dell'attività del medico, venga impropriamente occupata da attività burocratiche. In altri paesi, vi è personale amministrativo che affianca i medici liberando risorse professionali più utili alle attività cliniche.

• **Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di base (assistenza primaria)**
Il primo contatto del cittadino con il SSN è il medico di medicina generale. Nonostante i rapidi cambiamenti sociosanitari del nostro paese, la figura del Medico di Famiglia è sostanzialmente ferma a quanto previsto dalla riforma del SSN del 1992.
La riorganizzazione dell'assistenza primaria, (medici di Famiglia) deve avere come obiettivi qualificanti: ***la capillarità*** *degli studi medici, il controllo delle acuzie di primo livello (codici bianchi), la prevenzione cardiovascolare, oncologica, e vaccinale, il controllo e la terapia delle patologie croniche di rilievo sociale, la domiciliarità delle cure, l'implementazione del fascicolo sanitario, la telemedicina come opportunità di valutazione a distanza, il tutto, in un sistema organizzato che offre una copertura per 24 ore e per 7 giorni la settimana.*

Rispetto a quanto previsto dal DM 77/2022 riteniamo che si debba porre maggiore attenzione alla Medicina di Famiglia, intesa non solo come Medico di Base **ma come microteam (*medico, assistente di studio medico e infermiere*).**
Una equipe professionale che possa raggiungere gli obiettivi assistenziali sia nelle città che nei piccoli borghi.

I medici di medicina generale potranno erogare l'assistenza primaria secondo modelli che rispettano l'autonoma organizzazione e congrui con la realtà demografica e orografica delle aree assistenziali.
L'ACN 28/5/2022 prevede che i Medici di assistenza primaria (oggi chiamati medici del ruolo unico) esercitino l'attività professionale nei propri studi, collegati in rete alle AFT Aggregazioni Funzionali Territoriali a loro volta collegate alle UCCP (Unità complesse di cure primarie) che rappresentano la sede della complessità della risposta assistenziale territoriale grazie all'approccio multiprofessionale.

In realtà questo modello organizzativo, benché certamente migliorativo rispetto al passato, non è adatto a tutte le realtà territoriali Italiane, vista la complessità orografica del paese, né permette ai cittadini, di identificare un "***luogo fisico***" dove ottenere prestazioni sanitarie di base.
Il futuro centro operativo della riorganizzazione dei servizi territoriali, sarà quindi la sede dell'AFT, a meno dei comuni disagiati, dove il microteam (*medico, assistente di studio e infermiere*) per motivi orografici e di viabilità, sarà collegato in rete e se necessario in telemedicina, con la sede dell'AFT e con la casa di comunità di riferimento.

Caratteristiche delle AFT
Le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) dovranno essere il punto di riferimento assistenziale della comunità.
I cittadini dovranno identificare la sede della AFT, come il primo punto di accesso ai servizi sanitari.
Una sede aperta h/12/16 con la presenza di almeno un medico del ruolo unico, personale infermieristico e assistente di studio medico.
Le AFT saranno collegate in rete, con le UCCP e le CASE DI COMUNITA' oltre che con lo studio dei singoli medici.
Le case di comunità, quando realizzate, potranno ospitare le sedi di una o più AFT, la presenza di personale specialistico di branca, oltre che di infermieri, permetterà una maggiore integrazione professionale per affrontare in quella sede, il secondo livello delle patologie croniche, risolvendo il problema della presenza medica di assistenza primaria, segnalato in premessa, il personale specialistico, potrà facilmente afferire nelle Case di Comunità dagli attuali Poli Sanitari territoriali.
Le AFT potranno essere sede di continuità assistenziale e contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria saranno funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.
Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti, le Aggregazioni Funzionali Territoriali a gestione autonoma o pubblica dovranno avere.

Standard strumentali delle AFT:
• Collegamento in rete per condivisione cartelle cliniche dei pazienti e con UCCP di riferimento (HUB)
• Otoscopio,
• ECG collegato con centro di diagnosi per refertazione specialistica, (telemedicina)*
• Ecografo, *
• Eventuale holter pressorio*
• Eventuale Minilab*
• Saturimetro*
• Oftalmoscopio*
• Sistema di sterilizzazione
• Spirometro *
• Disponibilità di materiale per piccole medicazioni.
È evidente che l'assistenza primaria a meno dei comuni disagiati, potrà essere realizzata in modo capillare, negli studi dei medici di medicina generale, ma troverà una sua organizzazione più complessa e una migliore risposta sia per i codici bianchi che per il controllo del primo livello delle patologie croniche, nelle sedi delle AFT, sedi dove il cittadino troverà comunque assistenza, anche in assenza del suo medico.

Assistenza 24/h
Sintesi delle procedure operative per l'organizzazione dell'assistenza h/24.
La richiesta del cittadino, tutti i giorni dopo le 20 e sino alle 8 del mattino, nei giorni festivi e prefestivi, potrà essere effettuata su un numero unico Ogni distretto attiverà una COT, l'operatore della COT, sarà supportato da un MDRU a rapporto orario.
L'operatore COT, nei festivi, prefestivi dalle ore 8 alle 24 e negli altri giorni dalle 20 alle 24, dirotterà la chiamata alla AFT di riferimento o, in assenza alla postazione di CA.

Dalle ore 24 alle ore 8, in considerazione dei sintomi riferiti dal paziente, il Mdru, potrà:

• Fornire solo consigli telefonici e/o anche prescrizioni dematerializzate, rimandando il paziente alla successiva vista del Medico a libera scelta negli orari di ambulatorio.

• Nei pazienti con sintomi suggestivi per situazioni cliniche di urgenza, attivare il servizio di emergenza 118.

DOMICILIARITÀ delle CURE

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria Regionale, quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

L'assistenza domiciliare deve essere valutata nel contesto di un intervento complessivo socio/sanitario.

Un primo livello, nelle fasi di riacutizzazione di patologie croniche o di patologie acute che non necessitano di ricovero ospedaliero, sono di esclusiva competenza del medico curante e del micro team.

De essere valutato anche un intervento sociale, (quindi anche un rapporto con i comuni), soprattutto nei pazienti anziani non assistiti da un contesto familiare valido. L'integrazione socio sanitaria al momento INESISTENTE, consente l'assistenza efficace a domicilio ed evita il ricorso a ricoveri ospedalieri o a ricoveri in RSA, che, da numerosissimi studi, crea spesso disorientamento temporo/spaziale del paziente anziano.

Le Cure Domiciliari in II livello, ADI di III livello e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

TELEMEDICINA

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure.

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

• - la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;

• - la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio

• - l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;

• - la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;

- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale, e come tali devono sempre ispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

In conclusione, la riorganizzazione dell'assistenza primaria, nel contesto della riorganizzazione territoriale, parte dall'analisi dei fabbisogni socio/sanitari dei pazienti, dalle difficoltà nell'erogazione dei servizi per caratteristiche orografiche della nostra Regione, e offre una soluzione idonea a garantire una corretta risposta assistenziale.

Una sanità più vicina alle persone

Fausto Sposato, *Presidente Ordine Professioni Infermieristiche, Cosenza*

L'Italia è il paese con l'età media più alta fra i paesi della comunità europea, con più di sette milioni di over 75 e più di quattro milioni di over ottanta. Di questi il 22% presenta limitazioni motorie e le donne sono maggiormente colpite visto che il 25% di esse non riesce a svolgere la attività quotidiane.

A queste criticità si aggiunge un ulteriore elemento rappresentato dai pazienti che necessitano di cure palliative (quasi trecentomila) il cui 60% sono pazienti non oncologici. È un quadro che descrive uno spaccato di un mondo che denota una prevalenza delle patologie cronico-degenerative rispetto a quelle infettive e carenziali dei decenni passati. C'è, pertanto, un cambiamento radicale dei bisogni di salute e il sistema ha l'obbligo di stare al passo per fornire un servizio adeguato e per non disperdere le risorse del PNRR.

La riforma dell'assistenza territoriale mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze così come previste nei decreti ministeriali 71 e 77 e dal PNRR.

Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, prossimità e integrazione tra le reti assistenziali territoriali ospedaliere e specialistiche, allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei sono i veri obiettivi della riforma ai quali si aggiungono le Casa della Comunità, il Numero unico, le Centrali Operative Territoriali - COT, l'Unità di continuità assistenziale, la Telemedicina, la Teleassistenza, l'Infermiere di famiglia e di comunità.

Introdotto nel 1998 in Europa attraverso il documento "Health21" dell'O.M.S. e in Italia con la legge n.77 del 17 luglio 2020 l'infermiere di famiglia e di comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Il DM 77/2022 indica un fabbisogno di quelli di famiglia e comunità di circa 20mila che vanno formati e specializzati per garantire la necessaria qualità.

Opera a livello individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti e con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita associando un nuovo modello di assistenza territoriale in **un'ottica One Health ma con una visione olistica** (*Planetary Health*).

I risultati attesi vanno dalla riduzione del numero dei ricoveri impropri alla diminuzione degli accessi in PS, all'aumento dell'utilizzo servizi di rete socio-sanitari, fino al miglioramento della comunicazione interdisciplinare tra i diversi professionisti della salute che prendono in carico il cittadino, all'implementazione della presa in carico del cittadino per terminare con l'orientamento del cittadino alla conoscenza di una nuova figura professionale e della rete dei servizi e dei professionisti presenti sul territorio.

L'applicazione di modelli orientati alla prossimità può contenere la spesa sanitaria e mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita ma per fare ciò è necessario implementare un modello assistenziale differente orientato verso un'offerta territoriale ampia e dinamica.

L'analisi degli aspetti sociali e l'integrazione con i servizi sono elementi necessari nella stratificazione dei bisogni per cui il territorio diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute in quanto l'approccio è focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona che viene responsabilizzato e coinvolto attivamente nella gestione della propria condizione di salute.

La condizione delle persone con disturbi del neurosviluppo in Calabria

Proposte per un cambiamento di rotta

Adriana De Luca, *Presidente Associazione "Gli altri siamo noi"*

Le persone con disturbi del neurosviluppo e le loro famiglie in Calabria, ormai da decenni vivono, una condizione disperante e la cosa più preoccupante è che non ci sono segnali di positivi di cambiamento.
In base al DSM5 tra i disturbi del neurosviluppo, che sono tipici dell'età evolutiva, sono compresi: la disabilità intellettiva, i disturbi dello spettro autistico, i disturbi della comunicazione, il disturbo da deficit dell'attenzione /iperattività, i disturbi specifici dell'apprendimento, i disturbi del movimento. Spesso possono presentarsi insieme (co-occorrenti); tutti, proprio perché insorgono in questo periodo particolare della vita, possono avere ripercussioni più o meno importanti sulla qualità della vita presente e futura della persona e della famiglia. Tuttavia, per lo stesso motivo (gli studi di neuroscienze lo confermano) gli effetti disabilitanti possono essere ridotti e compensati in funzione di quanto siamo in grado di fare sia in termini di diagnosi precoce che in termini di interventi appropriati di abilitazione, educazione, riabilitazione e messa in campo di *sostegni* e *facilitatori* ambientali.

Ma cosa accade in Calabria?
In questa terra accadono cose che talvolta sono comprese, soprattutto per le conseguenze, solo da chi le vive, anche se non sempre questo avviene. Infatti per poter valutare la propria esperienza sarebbe necessario sapere in che modo certi problemi dovrebbero essere affrontati e non sempre questa consapevolezza è presente

Andiamo con ordine.
La diagnosi potrebbe essere posta sin dalla nascita per alcune patologie, se non addirittura in periodo prenatale. Dal 1992 in Italia è gratuito lo screening neonatale esteso in grado di fare individuare 49 patologie disabilitanti, tra cui quelle dismetaboliche per le quali è possibile prevenire i danni che ne conseguono; dal 2016 con la legge n.167 lo screening neonatale esteso diventa obbligatorio, nel 2017 rientra nei LEA, nel 2018 e nel 2019 viene aggiornato l'elenco delle malattie e rifinanziato. Ma la Regione Calabria è l'unica a non averlo attivato, pare che nel 2021 sia diventato diffuso ma non ancora assicurato a tutti i neonati. In assenza di diagnosi precoce le famiglie cominciano la "peregrinatio" per i Centri fuori regione non trovando la possibilità di avere un inquadramento diagnostico completo nel nostro territorio per l'assenza di Centri ospedalieri specializzati di Neuropsichiatria infantile.

La diffusione degli screening neonatali estesi potrebbe ridurre notevolmente le conseguenze di alcune patologie cambiandone il decorso e prevenendo l'instaurarsi di disabilità importanti. La creazione di un reparto di neuropsichiatria infantile dove possano essere fatti tutti gli accertamenti diagnostici e clinici con tutte le figure professionali necessarie per la valutazione dello sviluppo potrebbe ridurre l'emigrazione sanitaria che ha i suoi costi economici e umani. Naturalmente andrebbe curata l'opportuna formazione insieme alla possibilità di collaborazione e scambio con centri di lunga esperienza.

Qualora la diagnosi venga posta precocemente, come in alcune patologie genetiche conosciute e facilmente diagnosticabili, nasce un secondo problema la modalità di **comunicazione della diagnosi**, spesso devastante per i genitori per le prospettive a tinte fosche che non corrispondono alla realtà. Non ci sono dimissioni protette né collegamenti con i servizi territoriali che sarebbero invece necessari.

Tutto questo ha conseguenze estremamente negative sulle figure genitoriali che sperimentano una sofferenza amplificata che li catapulta nell'impotenza, nello sconforto, nella solitudine e nel terrore del futuro. Tutto questo influisce sui processi di attaccamento verso il proprio figlio costituendo il primo fattore disabilitante dal quale potranno dipenderne altri: incapacità di vedere il bambino piuttosto che il "malato", la ricerca di centri e specialisti che possano dare prospettive di "guarigione" con i pericoli connessi, percezione del proprio figlio come persona da proteggere e accudire ma non da educare e far crescere, convinti che questo è compito esclusivo di specialisti ai quali delegare la propria presunta incapacità genitoriale; l'ossessione per le terapie come unico modo di superare l'angoscia dell'impotenza, la delusione, il rifiuto e la rassegnazione talvolta sostenuta da pseudo-professionisti preoccupati di abbassare le aspettative per giustificare i propri limiti professionali.

Una comunicazione corretta della diagnosi che metta in evidenza i problemi connessi alla patologia, ma nel contempo sappia indicare i percorsi da fare e le prospettive positive possibili, metterebbe i genitori nelle condizioni di affrontare la situazione stressante in cui si trovano, più rapidamente e in positivo.
Se a questo venisse associata una dimissione protetta con l'invio ad un **Servizio per sostenere e sviluppare le competenze genitoriali** per prevenire i ritardi di sviluppo e/o comportamenti e posture patologiche, sostenere processi di alimentazione corretta, di intersoggettività positiva, di gioco, di stimolazione delle tappe di sviluppo fisiologiche, di accompagnamento nelle diverse necessità del bambino, certamente potremmo innescare un processo abilitante precoce ed efficace nell'ambiente più idoneo e naturale: quello familiare.
Il Servizio, al quale potrebbero essere inviati anche i neonati a rischio, dovrebbe fare capo al Dipartimento Materno infantile e/o al Distretto Sanitario che gestisce i Servizi di riabilitazione dell'età

evolutiva e dovrebbe essere composto da una equipe completa di neuropsichiatra infantile, psicologo, figure di riabilitazione (logopedista, terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, fisiochinesiterapista) appositamente formata al supporto delle figure genitoriali.
Questo tipo di intervento riduce le disabilità e migliora la qualità della vita per tutto il nucleo familiare a costi inferiori e risultati più efficaci rispetto agli interventi riabilitativi classici.

L'unica risposta dopo la diagnosi che attualmente le persone con disabilità del neurosviluppo hanno, è un **intervento riabilitativo** che non sfrutta le "finestre evolutive, spesso tardivo per le lunghe liste d'attesa, mai personalizzato nella intensità, completamente sganciato da interventi educativi, scolastici, di socializzazione (integrazione sociosanitaria questa sconosciuta!), senza che ci sia una presa in carico complessiva né *life span,* come previsto da tutte le linee guida scientifiche. Gli interventi coinvolgono in modo marginale i genitori, che pure rimangono l'unico riferimento stabile nel corso della vita; non sono previsti preziosi interventi di parent training.

Talvolta le prestazioni sono affidate a centri accreditati o cooperative, soprattutto per i servizi domiciliari, senza che ci sia un monitoraggio e una valutazione degli esiti. Spesso i risultati sono esigui o nulli tanto da mettere in dubbio persino l'efficacia della scienza riabilitativa stessa e/o, in questi casi la responsabilità degli insuccessi sono attribuiti alla gravità della patologia, alla mancata collaborazione, più che alla scarsa qualità e intensità delle azioni o all'assenza di coordinamento.
Questo conduce le famiglie, che possono farlo, verso un mercato privato delle prestazioni, non sempre all'altezza dei costi richiesti.

I profili di funzionamento su base ICF che dovrebbero essere la base per la costruzione dei PEI (piani educativi individualizzati) non sono prodotti dalla maggioranza delle nostre unità operative di Neuropsichiatria infantile, per cui le scuole elaborano i progetti senza una conoscenza vera dell'alunno con disabilità. Le conseguenze sono facilmente immaginabili, si naviga a vista, e si sprecano gli anni più importanti della vita di un bambino per il suo sviluppo personale e sociale, talvolta andando a cristallizzare i disturbi, che sono l'aspettativa più plausibile in base alle diagnosi mediche, incrementando problemi comportamentali come conseguenza al senso di esclusione e inadeguatezza che vivono, incrementando l'uso di farmaci psicotropi.

Un caso particolare è rivestito dai disturbi dello spettro autistico che non trovano, nei servizi pubblici, la possibilità di fruire di terapie di tipo comportamentale, che dagli studi effettuati, sembrano dare maggiori risultati rispetto alle terapie classiche. In tutta Italia si sono moltiplicati i percorsi formativi di 40 ore che preparano tecnici del comportamento (RBT) che applicano tecniche ABA sulla base delle indicazioni di uno psicologo formatosi come analista del comportamento e un supervisore anch'esso specializzato in ABA.

I problemi che sorgono in Calabria sono diversi, molti giovani scelgono questi percorsi, che con costi va vanno dai 250- ai 400 euro, danno la possibilità di avere un lavoro vista l'alta domanda.
Ad alcuni corsi possono accedere anche persone con un diploma di scuola media superiore, nella migliore delle ipotesi sono educatori socio-pedagogici che all'UNICAL, sono formati per il lavoro educativo in asilo nido e scuola materna, senza sufficienti basi per occuparsi di soggetti autistici di varie età e manifestazioni diverse considerata l'ampiezza dello spettro; inoltre non hanno conoscenze sufficienti sullo sviluppo normale e patologico per comprendere le risposte all'applicazione della tecnica. Il risultato è tristemente negativo, negli anni i genitori si indebitano senza generalmente avere i progressi promessi; spesso richiedono rimborsi alle aziende sanitarie, che devono pagare le prestazioni come terapeutiche in quanto previste nei LEA, pur essendo in realtà prestazioni educative; anche i comuni sono presi d'assalto attraverso la richiesta di progetti individuali di vita sostanzialmente mirati a rastrellare fondi per il mercato delle prestazioni private, piuttosto che essere strumenti di empowerment e di integrazione sociosanitaria, svilendone il fondamentale ruolo di dispensatori di qualità della vita.

Il pericolo che questa distorsione si riproduca nel tempo è grande vista l'enorme difficoltà sia del personale dei comuni sia del personale sanitario di adoperare strumenti validati per la necessaria valutazione multidimensionale, primo fra tutti l'ICF, di cui tutti parlano ma che pochi sanno utilizzare correttamente visto che richiede un approccio culturale che nel nostro territorio non riesce ad attecchire. In assenza di una valutazione oggettiva e professionale, le richieste soggettive che potrebbero essere inadeguate, strumentali o addirittura dannose, diventano l'elemento propulsore. Inoltre progettare sostegni e valutarne gli esiti, per poi riprogettare, richiede una formazione specifica e un cambio culturale che dall'assistenzialismo vada verso l'empowerment. L'obiettivo dei progetti individuali di vita è ridurre al massimo gli effetti disabilitanti personali e ambientali per dare da una parte qualità di vita, e dall'altra, ridurre gli investimenti per il sostegno alla non autosufficienza e i ricoveri in strutture che sono invece in grande aumento. Purtroppo quanto sta avvenendo non produce salute e crea, per le persone con disabilità del neurosviluppo, condizioni di vita presenti e future che non rispettano i diritti umani sanciti dalla convenzione ONU (legge 18/2009).

Le soluzioni non sono impraticabili. Basterebbe incrementare la formazione ECM nelle diverse aziende sanitarie del personale di riabilitazione in servizio, che comunque andrebbe incrementato, organizzando dei corsi sull' ABA, sul Denver model e sugli approcci naturalistici, che dalle ultime ricerche sembrano essere quelli più efficaci; in questo modo con un costo irrisorio si potrebbe dare risposta alle esigenze delle persone che hanno bisogno di questo tipo di interventi senza discriminare coloro che le "terapie " non se le possono pagare (i costi previsti vanno dalle 600-800 € mensili senza considerare le analisi comportamentali e le supervisioni).

Con la stessa logica e modalità si potrebbero formare alcuni degli psicologi e neuropsichiatri in servizio o nuovi assunti, per essere analisti del comportamento e supervisori in modo da gestire all'interno dei servizi pubblici abilitazione e riabilitazione. In questo modo l'offerta secondo le linee guida sarebbe vicina alla necessità. Con un

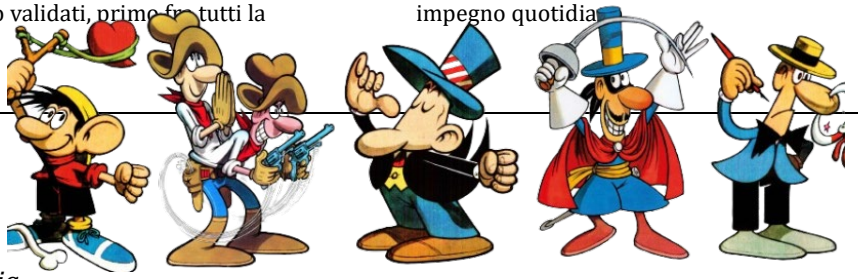
investimento relativamente ridotto si potrebbero erogare servizi di maggiore qualità tutelando i più deboli ed evitando di dover rimborsare a coloro che lo richiedono cifre da capogiro.
Un altro aspetto importante è la formazione al **parent training** che consentirebbe ai genitori di svolgere bene il loro ruolo abilitativo in ambiente naturale con risultati di gran lunga maggiori di quelli che vengono ottenuti in ambienti dedicati come i centri diurni per i bambini, che andrebbero usati solo per trattamenti intensivi e per un tempo limitato, se non vogliamo tornare alla segregazione che pensavamo di aver superato.

Gli educatori socio-pedagogici, potrebbero essere una risorsa preziosa, vista la carenza di figure di riabilitazione a causa del numero chiuso nei corsi di laurea e della difficoltà, che soprattutto le nostre università hanno. Tuttavia dovrebbero avere dei percorsi formativi mirati e corposi che li preparino a lavorare con le disabilità del neurosviluppo e non solo. Non è sufficiente che possano effettuare i tirocini in strutture per persone con disabilità, tra l'altro da poco introdotti proprio dopo una serie di incontri con gli addetti ai lavori. La legge 126/2020 prevede che gli educatori socio pedagogici possano lavorare nelle strutture sociosanitarie, ma sarebbe opportuno dare loro le competenze per poterlo fare, altrimenti il rischio di dequalificare sia la figura che la qualità dei servizi è veramente molto alta.

Quanto ai Progetti Individuali di Vita, perché possano essere strumenti per promuovere la Qualità della Vita nella prospettiva life span, devono contenere tutti i progetti rivolti alla persona con disabilità (PEI, PRI, PAI, ecc.) ed hanno la necessità di essere elaborati tenendo conto dei loro desideri e delle loro aspettative, devono coinvolgere le famiglie e gli enti del terzo settore, ma necessitano anche di una attenta Valutazione Multidimensionale da parte del personale sanitario e sociale attraverso l'utilizzo di strumenti che siano validati, prima fra tutti la classificazione ICF del 2001, che deve poter diventare la leva del cambiamento di prospettiva culturale e operativa che consente di approcciare la disabilità come "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole"(OMS).

La Calabria ancora oggi è un ambiente sfavorevole, per gli argomenti esposti e altri che potrebbero essere affrontati, come l'assenza di strutture intermedie, la mancanza di servizi dedicati alle persone con disabilità del neurosviluppo dopo la maggiore età, un regolamento regionale dei servizi socioassistenziali improntato in modo arcaico all'assistenza (basta vedere la quantità di OSS previsti nei vari servizi), la mancata applicazione della legge 112/2016 e si potrebbe continuare.

Tuttavia il cambiamento non è impossibile e le soluzioni sono praticabili, sarebbe bello se la nostra Regione potesse diventare un luogo dove le persone con disabilità del neurosviluppo possano vivere bene.
Questa è la nostra speranza e il nostro impegno quotidiano.



Per un budget di progetto per persone con disabilità

Nunzia Coppedé, *Presidente FISH Calabria*

In occasione della Terza Assemblea Regionale di Comunità Competente: "Per una democrazia delle cure" che si è svolta nella Sala Sintonia della Comunità Progetto Sud il 5 luglio 2023 come presidente della FISH Calabria ho affrontato un argomento di grande attualità che, pur non rientrando negli specifici interventi necessari per migliorare la qualità della risposta tecnica o infrastrutturale sanitaria, incide sul benessere e sulla qualità della vita. (L'ICF *(Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è il nuovo strumento elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)*

Premessa
In premessa una breve sintesi della situazione attuale per mettere ben in risalto la differenza della nuova teoria che verrà applicata nei confronti delle persone con disabilità di cui vi parlerò in seguito a questa premessa, poiché si prevede che per lungo tempo, o forse per sempre, le due modalità dovranno incontrarsi o scontrarsi.
La situazione attuale ci mostra una fotografia di interventi che partono dalle risorse economiche disponibili, dai numeri dei beneficiari e dalla sostenibilità economica e di gestione del servizio.
Siamo nella fase del contenere e dell'accudire, la più penalizzata economicamente è l'assistenza domiciliare che i Comuni garantiscono ormai da anni con i fondi per la non autosufficienza ma non sono continuativi e non bastano per rispondere al fabbisogno. Inoltre sono annuali e utilizzati con la logica del progetto che ha un inizio e una fine, il massimo di ore di assistenza che si è riusciti ad ottenere è di 12 ore settimanali, 2 ore di assistenza per una persona non autosufficiente sono poco più di nulla. Non sono previste risorse o servizi aggiuntivi.
Fondo Nazionale Assistenza
FNA: *Assistenza, Domiciliare, Pacchetto di ore a tutti finché non finiscono i soldi, Assegno di cura di 12 mesi.*
Le residenze sociosanitarie o sociali sono pensate e organizzate per garantire la continuità, può succedere che una persona sia ricoverata per un ciclo, ma la residenza resta operativa e disponibile a sostituire il posto vacante. Generalmente la persona ricoverata resta nella struttura per tutta la vita. Le residenze sono dei contenitori, il numero delle persone ricoverate conta molto, più è alto e maggiore è la sostenibilità economica. Le residenze assistenziali per disabili sono luoghi di accudimento e cure mediche se sociosanitarie.
Esistono inoltre case famiglia, gruppi appartamento sociali, che cercano di riprodurre relazioni familiari e educative.
In Calabria i servizi sono sparsi a macchia di leopardo, in alcuni luoghi ve ne sono molti, forse troppi, in altri non c'è nulla. La nuova riforma del Welfare mira a una

organizzazione migliore sia per la qualità che nella distribuzione dei servizi ma le complicazioni sono davvero molte e tra queste la difficoltà di ottenere risorse economiche adeguate che consentano le migliorie e la distribuzione dei servizi in tutto il territorio calabrese, in particolare dei servizi diurni che favoriscano il mantenimento della persona con disabilità in famiglia.

Il Progetto di vita (guardando avanti)

Il progetto individuale e partecipato, definito anche progetto di vita, sostenuto dal budget di progetto, ci proietta verso un'alternativa alle consuete risposte ai bisogni delle persone con disabilità date in modo cumulativo e assistenzialistico.

Il progetto individuale e personalizzato, definito anche progetto di vita, è sostenuto dal budget del progetto, il focus è la persona con i suoi bisogni e desideri. Con il progetto partecipato si delineano e condividono insieme gli obiettivi a breve, medio e lungo termine da realizzare. Gli obiettivi sono temporali, il progetto è per la vita e si modifica e adegua nel tempo. Il progetto è redatto dall'Unità Multidisciplinare insieme alla persona con disabilità o chi ne fa le veci, per questo è anche definito progetto partecipato.

Un nuovo approccio con le persone con disabilità, non poi così nuovo considerando che il progetto individuale è stato introdotto dalla Legge 328 del 2000 art. 14 ben 23 anni fa. Nel corso degli anni altre norme hanno riportato l'attenzione sul progetto individuale, come la Legge 3 marzo 2009, n. 18 il Parlamento ha autorizzato la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. In seguito, La Legge 112 del 22 giugno 2016 recante "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" ed infine la Legge Delega sulla disabilità «Legge 22 dicembre 2021, n. 227» è entrata in vigore il 23 dicembre 2021. La legge delega riguarda tutte le persone con disabilità ed ha il suo fulcro nel progetto di vita individuale e partecipato, consente alle persone con disabilità di appropriarsi della loro vita. Da quest'ultima gli attesi decreti applicativi dovrebbero favorire la sperimentazione e stabilizzare il cambio di paradigma nei confronti delle persone con disabilità.

Alcune criticità per la realizzazione del progetto individuale in Calabria

- L'Unità Multidisciplinare e Sociosanitaria, ASP e Comune, ha una criticità alta.
- Il sociale e il sanitario non lavorano insieme.
- I Distretti comunali e sanitari non coincidono.
- Sia il sociale che il sanitario sono in crisi di personale.
- La scheda di valutazione utilizzata dall'equipe sanitaria è obsoleta e non adeguata alla valutazione bio-psico-sociale.
- Occorre la formazione e definire bene chi deve esserci in questa equipe.
- Redatto il progetto è necessario reperire i fondi per realizzarlo.

Budget di progetto

Il Budget di progetto è costruito da tutte le risorse che possono essere impegnate per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto di vita.

Include tutte le risorse disponibili comprese quelle della persona interessata e della comunità per essere impegnate nelle diverse aree incluse nel progetto (salute, formazione, lavoro, autonomia, assistenza, ecc.)

Si incrocia tra: *bisogno, risorsa, obiettivo 1, tempo. - Si incrocia tra: desiderio, risorsa, obiettivo 2, tempo.*

Ipotizziamo almeno tre **fonti economiche** da cui una persona con disabilità dovrebbe ricevere un sostegno:

1) Previdenziale (pensioni di invalidità, indennità di accompagnamento, reversibilità, ecc.)

2) Sanitaria o socio-sanitaria (interventi riabilitativi o terapeutici, assistenza integrata, ambulatoriali, domiciliari, di residenzialità o semi residenzialità, ecc.)

3) Assistenziale (servizi di base, servizi compresi dal piano di zona, contributi dal Fondo della non autosufficienza per sostenere la domiciliarità o dal Fondo per le politiche sociali, dal Fondo della legge 112/16 sul Dopo di noi, servizi per l'inserimento lavorativo, servizi residenziali e semiresidenziali. Sostegni al reddito, quali misure di sostegno di contrasto alla povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa).

Risorse private: Fondi da Fondazioni, Risorse della persona o della famiglia, Risorse comunitarie, altro.

Servizi comuni pubblici e privati: trasporti pubblici accessibili, agenzie educative, le reti amicali ecc.

Tra le indicazioni del progetto e il budget disponibile ci sono disparità importanti, può capitare che ci siano obiettivi da raggiungere che non hanno la sostenibilità economica o che comunque non possono essere immediatamente raggiungibili, nella prima fase bisognerà scegliere le priorità sostenibili o realizzabili con un accomodamento ragionevole, come previsto dalla *Legge 3 marzo 2009, n. 18* e lavorare per raggiungere gli obiettivi successivi con tempi adeguati.

Per concludere

Esistono dei punti importanti da non perdere mai di vista:

- Il progetto di vita non termina mai!
- I bisogni non vanno mai in vacanza.
- Il progetto deve essere concreto e realizzabile, altrimenti resta un insieme di buoni propositi scritti.
- Deve avere obiettivi a breve, medio e lungo termine.
- Il progetto deve essere modificato e adeguato nel tempo alle nuove esigenze e sfide.
- Il raggiungimento di un obiettivo può avere un tempo, il progetto non ha un tempo, si adegua.
- Il budget deve essere concreto con fondi certi, realizzato con le risorse disponibili.
- Il budget è fatto dalle diverse risorse/servizi e fonti economiche considerate aggiuntive.

Accomodamento ragionevole *(art. 2, comma 4, della Convenzione ONU del 13 dicembre 2006 sui* ***Diritti delle persone con disabilità****)*

Per "accomodamento ragionevole" si intendono le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongono un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità, in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri.

In pratica è l'intervento che aiuta la persona con disabilità a superare gli ostacoli attraverso soluzioni alternative, meno costose, senza limitare la libertà individuale.

I Consultori Familiari & la "nostra" Salute

Daniela Diano, *Psicologa, Movimento Riprendiamoci i consultori*

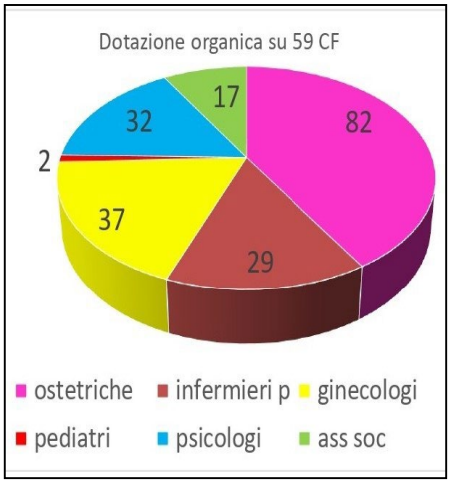
Chi siamo

Siamo un movimento spontaneo ed eterogeneo, accomunato però dalla profonda convinzione che la sanità pubblica è una questione politica. La salute è un diritto della comunità e solo a partire dalla comunità possiamo costruire modelli socialmente adeguati da cui ripartire per dare un'alternativa al sistema esistente, che non ci piace. Non ci piace l'idea di sanità e di territorio che vediamo, un'idea dominata da mentalità affaristica ed aziendale, che produce un sistema disumanizzato e burocratizzato che niente ha a che fare con la nostra idea di sanità. La salute non è una merce e il territorio non è una *tabula rasa* che deve adeguarsi, cioè rassegnarsi alla privatizzazione o alla migrazione. I nostri territori, i borghi, le comunità sono una ricchezza incalcolabile, tuttavia versano in uno stato di abbandono palpabile ma che non può essere un destino ineluttabile! E perché non lo sia occorre che le opportunità ed i diritti siano uguali e garantiti per tutte e tutti.

Per questo ci siamo aggregati sotto il nome di *Riprendiamoci i Consultori* e per questo con gli amici di Comunità Competente, a partire dal 2021 stiamo conducendo una battaglia per una reale democrazia partecipata. Abbiamo inviato una lettera aperta ai commissari delle ASP per la riapertura ed il potenziamento dei consultori familiari, abbiamo incontrato il presidente Occhiuto e in diverse occasioni il subcommissario Esposito, i sindaci e gli amministratori locali, i vertici dell'azienda sanitaria di Reggio Calabria.

I risultati fin qui raggiunti ci incoraggiano a proseguire fino a che non siano pienamente realizzati gli obiettivi che ci siamo prefissati e se siamo qui anche in questa terza edizione dell'assemblea regionale è doveroso ringraziare il dott. Rubens Curia e Progetto Sud che ci ospita.

Nel 2017, il *Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie* (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto "Analisi delle attività della rete dei CF per una



rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi", affidandone il coordinamento nel 2018-2019 dal reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Sono state raccolte informazioni su aspetti strutturali, organizzativi e di attività dei consultori, comprese le attività svolte nell'ambito dei programmi strategici previsti dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI).

ASP	Numero CONSULTORI	ORGANICO ATTUALE (fig. prof./n. unità per n. consultori	Altre figure
Catanzaro	12	• Medico ginecologo: 8 • Infermiera pediatrica: 10 • Ostetrica: 18 • Assistente sociale: 7 • Psicologo: 8	1 coadiutore amministrativo 1 educatrice professionale 1 neuropsicomotricista 1 infermiera professionale 1 puericultrice
Cosenza	22	• Ostetrica: 30 • Medico ginecologo: 19 • Infermiere professionale: 18 • Psicologo: 13 • Pediatra: 2 • Assistente sociale: 5	1 ausiliario
Crotone			
Reggio Calabria	22	• Ostetrica: 30 • Psicologo: 10 • Medico ginecologo: 10 • Assistente sociale: 6	
Vibo V.	3	• Medico ginecologo: n. p. • Ostetrica: 4 su 3 CF • Assistente sociale: 4 su 3 CF • Psicologo: 1 su 1 CF	

Successivamente, nel triennio dal 2020 al 2023. È stata condotta la *"Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati*, i cui dati sono stati presentati il 20 aprile 2023. La finalità è quella di rafforzare e migliorare il progetto coordinato dall'ISS *Promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino.*

l progetto, coordinato e finanziato dal Ministero della Salute, è una delle priorità individuate dalle organizzazioni mondiali in sanità pubblica, quali l'OMS e l'UNICEF e prevede l'investimento in interventi precoci di protezione e promozione della salute psicofisica dei bambini nelle prime epoche della vita tramite un approccio intersettoriale socio-sanitario per garantire il sano sviluppo del bambino, quali l'assistenza preconcezionale, prenatale, al parto e dopo la nascita nei primi due anni di vita del bambino, la promozione delle competenze genitoriali, il supporto alla salute mentale perinatale, la prevenzione della violenza e degli incidenti domestici.

La raccolta di dati ha riguardato tre ambiti principali:

1. la qualità percepita durante il percorso nascita da parte delle donne che partoriscono;
2. la diffusione di buone pratiche per la promozione della salute mentale materna dalla gravidanza al periodo postnatale;
3. il supporto alla genitorialità offerto dai servizi e dai professionisti sociosanitari.

I dati rilevati in questi studi, assieme alla nostra ricognizione regionale nelle ASP, hanno ispirato molte delle nostre riflessioni e proposte odierne. Sono tante le questioni che attengono questo servizio territoriale e non abbiamo qui il tempo per affrontarle come meritano, ma si ricavano facilmente dall'elenco delle proposte che leggerò. Voglio però ricordare, perché se ne sta perdendo memoria, che la voce "consultorio" nella legge istitutiva del 1995 è seguita dall'aggettivo "familiare" e credetemi, la precisazione va ben oltre una mera questione lessicale.

Il CF è un Servizio sociosanitario di primo livello, in cui gli aspetti biomedici, psicologici e sociali si integrano per rispondere alle situazioni molto diffuse di disagio, di fragilità, di problemi legati a fasi critiche della vita individuale, di coppia e familiare, che necessitano di prevenzione, sostegno, consulenza e promozione di risorse.

Prevale nettamente la presenza della figura della ostetrica, cui segue, in misura dimezzata rispetto a questa, il ginecologo. A seguire, lo psicologo, assente in più della metà dei consultori e l'assistente sociale (cui tendenzialmente si sopperisce mediante integrazione con i servizi degli Ambiti Territoriali Sociali ed i servizi sociali dei Comuni ma solo per le funzioni socioassistenziali, mentre resta un vulnus incolmabile per quanto riguarda le attività sociali di prevenzione e promozione della salute di pertinenza prettamente consultoriale). La figura del pediatra è residuale. Se si accorpano l'area ostetrico-ginecologica (119) e l'area psico-sociale (49), si evidenzia un divario proporzionale di circa il 60%.

Riteniamo che tale sproporzione possa connotare il Consultorio Familiare come un servizio dedito in tale misura all'apparato riproduttivo della donna, lasciando al restante 40% sia le altre problematiche femminili che le tematiche riguardanti famiglia, infanzia, adolescenza. Auspichiamo che si vada velocemente ad un piano per i Consultori Familiari calabresi che adegui la dotazione organica ed i programmi ai bisogni di prevenzione e di prima istanza più vari e complessi della popolazione, in ottica integrata bio-psico-sociale. Pertanto, avanziamo le proposte che seguono.

Le nostre attuali proposte:

A) istituire un **tavolo tecnico regionale** sui consultori familiari, aperto a tutte le discipline che attengono questo servizio;

B) soddisfare la distribuzione regionale dei CF con criteri di prossimità territoriale e di libero accesso (La legge n. 34/96 prevede la disponibilità di un CF ogni 20.000 abitanti. Nel POMI si è ritenuto opportuno distinguere fra zone rurali, per le quali sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000 abitanti, e zone urbane con un CF ogni 25.000); le periferie, i paesini dell'entroterra sono quelli più penalizzati in termini di viabilità e mobilità, quindi No agli accorpamenti;

C) aggiornare e riqualificare il servizio consultoriale, rendendolo funzionale ai nuovi e complessi bisogni della popolazione così come alle nuove conoscenze ed evidenze di cui disponiamo. La **dotazione organica** dovrebbe tenerne conto per quantità e qualifiche professionali e comunque garantire, quanto meno, l'organico di base al completo in tutti i consultori familiari, come previsto dalla normativa nazionale e regionale (art. 3 L. 405/75: medicina, psicologia, pedagogia ed assistenza sociale; art. 5 LR n. 26/77: medico, preferibilmente ostetrico-ginecologo; psicologo; assistente sociale; assistente sanitaria od infermiera professionale);

D) predisporre un programma di **aggiornamento** multiprofessionale rivolto a tutto il personale dei CF a livello di ASP o Distretto;

E) dotare tutti i consultori degli ausili e della **strumentazione** necessaria a dare attuazione ai programmi e, per alcune prestazioni (mammografia, IVG, esami clinici, consulenze) prevedere dei protocolli operativi per **collegamenti diretti** con gli altri servizi sanitari e sociosanitari territoriali, le case di comunità, le AFT, i MMG, i PLS e col presidio ospedaliero;

F) dare attuazione alla Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 47 (Legge 194/1978. Norme per la corretta applicazione sul territorio regionale) a tutt'oggi lettera morta;

G) rafforzare l'offerta attiva (home visiting puerperale, programmi di screening oncologici, sull'endometriosi e sulla depressione *post partum*, destinazione di uno spazio -adolescenti, 1 CF h12 per ogni Distretto, incontri con fasce di popolazione nel territorio: scuole, oratori, centri aggregativi), informazione contraccettiva e offerta di contraccezione gratuita per le fasce meno abbienti;

H) garantire corsi di accompagnamento alla nascita multidisciplinari e **percorso nascita** integrato ed esteso ai primi mille giorni di vita del neonato, come indicato dall'ISS (*Promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino*). Riconosciamo che anche l'intervento sugli adolescenti non è più prevenzione primaria: quello che si vede nei comportamenti adolescenziali (Disturbi del Comportamento Alimentare, bullismo, violenza nelle relazioni intime, dipendenze, autolesionismo, …) è ciò che abbiamo seminato nell'infanzia. Le neuroscienze ci dicono che è nella prima infanzia che si formano le mappe dell'identità, la capacità di gestire le emozioni come collera, paura, vergogna, di interiorizzare strumenti di controllo degli impulsi. Madre e neonato comunicano fin dal primo giorno di vita attraverso lo sguardo, l'intonazione vocale, il contatto fisico. Il lavoro dell'ostetrica è importantissimo, ma è un pezzo. Il resto lo deve fare lo psicologo;

I) istituire in tutte le ASP la Consulta dei Consultori Familiari, prevedendo ampia e plurale partecipazione dei rappresentanti dei cittadini, delle associazioni, della scuola, dei servizi socioassistenziali e sociosanitari del territorio;

L) alla luce delle modifiche ed integrazioni di cui sopra, sarà opportuno formulare, col contributo dell'auspicato tavolo tecnico, protocolli assistenziali e **strumenti di valutazione e monitoraggio** rispondenti ai programmi che verranno definiti. Aggiungiamo che, per sua stessa funzione istituzionale il Consultorio familiare è in grado di coniugare **missione 5 e missione 6** per un welfare di comunità così come indicato dal **PNRR.**

«Il consultorio può essere un elemento fondamentale di una politica di rilancio della natalità ma anche di promozione di una genitorialità serena e positiva, di sostegno al ruolo dei genitori. Gli studi clinici ed epidemiologici ci mostrano come il clima psicologico relazionale tra genitori e figli nelle prime fasi di vita sia il più importante predittore dei comportamenti e della salute nelle successive fasi di vita» (David Lazzari, Presidente Ordine degli Psicologi, Quotidianosanità.it del 3 luglio 2023).

Calabria: stato dell'arte sulle dipendenze patologiche

Isolina Mantelli, Presidente centro Calabrese di Solidarietà
Mimma Mollica, Presidente ALTEA - CASM

Le persone in trattamento documentate nei 16 Ser.D. della Regione Calabria sono circa 3.365 (173 ogni 100.000 abitanti) con un incremento nel 2020 rispetto all'anno precedente del 18,7%, a cui si aggiungono circa 1200 persone con disturbo da uso di alcol per le quali sarebbe necessario attivare servizi ad hoc, come previsto dalla legge 125/2001 e dai Regolamenti Regionali in materia di Accreditamento. È naturale che questo dato rappresenta soltanto la punta estrema dell'iceberg perché i numeri del sommerso sono molto superiori. Infine, di questi, soltanto 590 persone sono inserite nelle Comunità Terapeutiche.

La situazione attuale della Regione Calabria prevede solo due tipologie di servizi: il terapeutico-riabilitativo e il pedagogico-riabilitativo, nonostante i Regolamenti Regionali in materia di Accreditamento distinguano anche i servizi di Prima Accoglienza, Comunità per Alcoldipendenti, Comunità per Doppia Diagnosi, Comunità per Mamme e Bambini. Tutte queste tipologie sono presenti sin dal 2009 sui documenti ufficiali della Regione Calabria, ma non si sono mai concretizzate nella pianificazione dei servizi privati accreditati.
Ribadiamo la necessità che tali servizi vengano istituiti per evitare l'emigrazione sanitaria che diventa particolarmente onerosa nei casi di comorbilità psichiatrica, i Ser.D., infatti, inviano i pazienti fuori Regione con costi esorbitanti per la Regione Calabria, oppure i soggetti in comorbilità psichiatrica vengono inviati alle strutture accreditate regionali, con diagnosi di sola dipendenza patologica, non facendo emergere la comorbilità psichiatrica.

Il trattamento terapeutico rimane quindi esclusivamente a carico delle Comunità Terapeutiche a cui il soggetto è affidato che si accollano anche il costo delle consulenze psichiatriche, non previste dalla retta e non garantite dal Servizio Pubblico; non solo, ma quel che è più grave, il personale di tali Comunità terapeutiche accreditate non ha mai fatto formazione certificata per operare con le specifiche metodologie delle comunità a doppia diagnosi. Così, nella stragrande maggioranza dei casi, la mancanza di opportune terapie e metodologie porta alla recidività, compromettendo definitivamente le possibilità di guarigione e facendo lievitare i costi del Sistema Sanitario. L'offerta dei servizi per le dipendenze patologiche dovrebbe essere aumentata: ai servizi socio-sanitari terapeutico-riabilitativi e pedagogico-riabilitativi, si dovrebbero aggiungere i servizi specialistici per i quali esiste già una domanda specifica (ad es. doppia diagnosi). Naturalmente per i servizi specialistici va prevista oltre che la necessaria formazione del personale, una retta giornaliera sulla base dei requisiti organizzativi, strutturali e di personale per come previsto dal Regolamento attuativo della L. R. n. 24/2008, n. 81/2016.

Sul punto occorre anche rivedere gli aspetti programmatici prevedendo eventualmente anziché strutture ad hoc, le autorizzazioni per diversi moduli specialistici nelle strutture già accreditate. Questo al fine di garantire una tempistica adeguata per una diagnosi più puntuale relativa non solo all'uso smodato di sostanze e per non condannare i soggetti con diagnosi inappellabili. Allo stesso modo si può ipotizzare la sperimentazione sui territori di percorsi "flessibili", ambulatoriali e diurni, che consentano di rispondere ai bisogni complessi, con prese in carico territoriali, utilizzando strumenti quali ad esempio il budget di salute.
Per un ottimale funzionamento del sistema, si rende necessario prevedere un protocollo dettagliato che metta nelle condizioni di lavorare in rete tutti i soggetti coinvolti nel percorso di cura: i SerD, i CSM, gli SPDC, i servizi sociali territoriali, le Comunità Terapeutiche, le associazioni di volontariato dedicate che operano sul territorio.

A ciò occorre aggiungere che, con il venire meno del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga previsto dal DPR 309/90, confluito nel Fondo Nazionale Politiche Sociali, di fatto anche la prevenzione ed il reinserimento sociale non sono stati più finanziati, nonostante il Piano Regionale sulla Prevenzione dedichi una specifica attenzione alle dipendenze che non trova concretamente spazio nelle azioni territoriali delle singole ASP calabresi. Permane un fondo residuo mai speso, nonostante il bisogno, della ex Legge n. 45/99 (Lotta alla Droga) di circa € 2.500.000,00 per la realizzazione di progetti a valenza regionale:
a) Progetto di prevenzione delle droghe/dipendenze in collaborazione con le scuole secondarie di primo e secondo grado: su questo si può fornire una progettazione dedicata;
b) Realizzazione di servizi socio-sanitari sperimentali per la diagnosi e la presa in carico precoce dei giovani consumatori: anche su questo si può fornire una progettazione dedicata.

Occorrerebbe agire nel **breve e medio** periodo per mettere in atto politiche socio-sanitarie in grado di fare prevenzione nei confronti della fascia giovanile 11/18 anni, con una progettazione mirata per questo target di popolazione. Bisognerebbe inoltre progettare e attivare condizioni di aggancio precoce per i giovani consumatori che allo stato attuale non si rivolgono a nessuno dei servizi, né pubblici e né privati accreditati esistenti. È necessario, infine, dare piena attuazione alla programmazione regionale del settore delle dipendenze provvedendo a rilasciare la compatibilità sanitaria a quei servizi specialistici (comorbilità psichiatrica e alcoolismo) già previsti dal DCA n. 65/2020.

Nelle differenti aree territoriali provinciali esiste una diversa acquisizione di posti letto per le dipendenze effettivamente fruibili, a causa della diversa previsione di spesa (tetti di spesa) che le singole ASP formulano nella contrattualizzazione con i servizi accreditati. Su questo punto va considerato, in primo luogo, che in Calabria (in generale in Italia è così salvo rare eccezioni) non esistono servizi residenziali o semi-residenziali gestiti direttamente dal pubblico, ma solo servizi accreditati gestiti da soggetti esclusivamente del Terzo Settore.
La previsione di fabbisogno formulata dalla Regione Calabria con il DCA 65/2020 è coperta di fatto dai posti letto accreditati, ma in realtà i posti letto concretamente acquistati sono inferiori al fabbisogno, in tutte le ASP addirittura sotto il 50% dell'accreditato.

STRUTTURE ACCREDITATE E CONTRATTUALIZZATE PER I SERVIZI DIPENDENZE PATOLOGICHE ANNO 2021

	ACCREDITATI				ANNO 2021
DECRETO REG.LE ACCREDITAMENTO	P. L. ACCREDITATI RESIDENZIALI	PRESTAZIONI ACCREDITATI SEMI RESIDENZIALI	TOTALE FABBISOGNO ANNUO	% posti acquistati	BUDGET PER COMUNITA' IMPORTO MASSIMO EROGABILE AD OGNI COMUNITA'
ASP DI REGGIO CALABRIA	88	40	€ 2.740.426,64	42,72%	€ 1.170.773,00
ASP DI CATANZARO	136	34	€ 3.607.111,73	30,51%	€ 1.100.423,00
ASP DI CROTONE	50	10	€ 1.354.937,50	42,63%	€ 577.657,00
ASP DI COSENZA	137		€ 3.517.410,61	49,84%	€ 1.753.194,00
ASP DI VIBO VALENTIA	43		€ 1.104.004,79	36,35%	€ 401.321,00
TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI	454	84	€ 12.323.891,27	40,60%	€ 5.003.368,00
POSTI LETTO ACQUISTATI	178	33			

È quindi auspicabile che la Regione Calabria possa garantire in maniera uniforme su tutto il territorio regionale uno standard di acquisto di almeno il 90% dei posti letto in tutte le ASP, anche con l'attivazione di strutture specialistiche.

Considerato che i budget vengono definiti da ogni ASP e che non è assolutamente possibile superare la soglia prevista, sarebbe auspicabile che gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche avvenissero anche in maniera diretta, riconoscendo finalmente al privato sociale la pari dignità e la sussidiarietà.
L'ingresso diretto impedirebbe la cronicizzazione, soprattutto nei giovani, dei comportamenti di abuso. Un precoce intervento terapeutico in comunità soprattutto nei giovani favorirebbe la salvaguardia delle strutture neurologiche e quindi una minore evidenza di danno cerebrale da sostanza a distanza. Altre Regioni hanno già sperimentato l'ingresso diretto nelle Comunità così come previsto dalle Leggi Nazionali.

È necessario riordinare la *Governance regionale* del settore in questo momento gravemente carente. Ridefinire il *Gruppo Tecnico Dipendenze* (Decreto n. 14416 del 15/12/2017) che affianca il Dirigente del Settore in alcune delle attività di programmazione del settore stesso. È auspicabile pensare ad un ampliamento dei compiti di questo gruppo di specialisti del settore dipendenze, ferme restando le prerogative amministrative e politiche in capo al Dipartimento Tutela della Salute. La presenza di un gruppo tecnico che affianchi la Regione non può che arricchire le strutture regionali di competenze e di know how appresi in molti decenni di esperienza sul campo. Riconoscere tale ricchezza è un segno politico importante.

A nostro parere è necessario che la Regione garantisca opportuni finanziamenti per l'aggiornamento e la formazione da attuare insieme del personale non solo dei Ser.D, ma anche per gli operatori sanitari di tutte le altre Strutture sociosanitarie e per gli operatori delle Comunità Terapeutiche che a vario titolo intervengono sui pazienti e sui loro familiari.

Promuovere salute mentale

I primi risultati di una ricerca sulle possibilità di attuare il Budget di salute nell'ambito della salute mentale

Giorgio Marcello, *Docente Unical*

Nelle società europee, già da tempo si **vanno sperimentando e studiando gli effetti dell'integrazione tra la dimensione sanitaria e quella sociale**, nell'ambito dei servizi relativi alle persone infragilite. Nei contesti in cui l'integrazione è realizzata, si aprono infatti spazi importanti per la sperimentazione di nuove pratiche di welfare, sempre più orientate verso la domiciliarizzazione e la personalizzazione degli interventi sanitari e socioassistenziali.
In Italia, il processo di integrazione sociosanitaria è stato avviato con la L. n. 328 del 2000. La mancata definizione dei livelli essenziali di prestazione (LEP), gli effetti della riforma del titolo V della Costituzione, e le diverse modalità di applicazione della L. 328 nelle diverse regioni hanno condizionato non poco la traduzione operativa della normativa citata. Nell'ambito dei servizi alla persona, i dati disponibili mostrano l'esistenza di sperimentazioni innovative, accanto a pratiche tradizionali o, addirittura, di istituzionalizzazione di ritorno. In altri termini, si vanno approfondendo le disuguaglianze su base territoriale che hanno sempre contraddistinto il welfare che è in Italia; inoltre, in alcune regioni continuano ad essere preponderanti i servizi residenziali a carattere tendenzialmente custodialistico e segregante.

Nell'ambito della salute mentale, già da tempo si sta sperimentando in diverse regioni italiane un dispositivo di intervento che sta contribuendo in modo determinante a migliorare la qualità della vita delle persone coinvolte, quello del Budget di salute (Bds). Quest'ultimo rappresenta "l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a ridare a una persona con disabilità un funzionamento sociale accettabile, attraverso un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità". Nei territori in cui è stata posta in essere, tale sperimentazione ha permesso di avviare percorsi di reale deistituzionalizzazione dell'accoglienza di persone con problemi di salute mentale, promuovendone l'autonomia e l'inclusione sociale e lavorativa, senza gravare sul bilancio pubblico, ma addirittura producendo un risparmio rispetto al costo degli interventi istituzionalizzanti.
In Calabria, il grave ritardo con cui si è realizzata la riforma del welfare regionale e la mancata realizzazione dell'integrazione sociosanitaria hanno impedito finora che tale dispositivo potesse essere concretamente applicato. Eppure ce ne sarebbe un gran bisogno. Il sistema di protezione sociale regionale tende ad essere legato alle vecchie forme della sussidiazione e della istituzionalizzazione delle persone con ridotti livelli di autonomia. La scarsa infrastrutturazione sociale del territorio penalizza perciò quanti avrebbero il diritto di accedere a prestazioni personalizzate, e invece continuano ad essere assistiti con interventi standardizzati o, nel peggiore dei casi, segreganti.

Per questa serie di ragioni, il **CNCA Calabria in collaborazione con il Dispes dell'Unical** ha avviato due anni fa una ricerca-intervento, il cui obiettivo è quello di acquisire elementi per capire se è possibile avviare sul territorio regionale l'applicazione del Bds, nell'ambito della salute mentale.
Nella prima fase della ricerca, gli operatori locali di alcune organizzazioni del CNCA si sono impegnati nei rispettivi territori a realizzare una prima mappatura ragionata dei servizi sia pubblici sia del privato sociale che operano in questo ambito. La necessità di un lavoro del genere si è imposta perché le informazioni relative ai servizi operanti sul territorio, alle persone prese in carico, agli interventi effettuati non sono immediatamente disponibili, e tutto ciò pregiudica gravemente la possibilità di oggettivare i bisogni di salute mentale, di programmare le risposte più adatte ad incrociarli, di monitorare e valutare le prestazioni effettuate, in vista delle necessarie operazioni di continua ricalibratura e riprogrammazione dei servizi stessi.
La seconda fase della ricerca è stata portata avanti da una borsista del Dispes, che da maggio ad agosto 2023 ha provato a censire tutti i CSM presenti in Calabria e a contattare i loro responsabili per intervistarli. Una buona parte di questi testimoni privilegiati è stata raggiunta e ha offerto un importante contributo alla comprensione dello stato dei servizi per la salute mentale in Calabria.
Le testimonianze raccolte **lasciano intravedere una situazione di progressiva desertificazione** di questi importanti presidi di medicina territoriale. A fronte di un aumento costante delle richieste di accesso e di presa in carico, va diminuendo il numero di operatrici e operatori, a causa della mancata sostituzione di quanti vanno in pensione, per esempio. Questo dato di fatto pone molti interrogativi. Il Bds è un dispositivo che valorizza l'apporto di più attori: i servizi pubblici, le organizzazioni di terzo settore che vengono coinvolte come enti cogestori dei piani terapeutico riabilitativi individualizzati, le persone prese in carico e i loro familiari, gli altri soggetti formali e informali che di volta in volta possono essere chiamati ad offrire il loro contributo. Tuttavia, senza una puntuale azione di regolazione pubblica, che solo i CSM adeguatamente infrastrutturati possono realizzare, i margini per una applicazione sensata di questo dispositivo si restringono drasticamente. I dati raccolti attraverso la ricerca, da questo punto di vista, non sorreggono l'ipotesi di una applicazione del Bds su vasta scala.
Al tempo stesso, il lavoro sul campo ha permesso di registrare tentativi interessanti di introdurre pratiche alternative al paradigma dominante. Si tratta di tentativi spesso legati ad esperienze di collaborazione tra i servizi pubblici e organizzazioni di terzo settore impegnate sullo stesso terreno. In prospettiva, queste esperienze potrebbero rappresentare dei nuclei operativi in grado di accompagnare l'avvio delle prime sperimentazioni del Bds in Calabria, magari su un numero limitato di utenti, e non i tutti i territori.

Seconda conferenza regionale sulla salute mentale

Marina Galati, *Cnca Calabria*

I gruppi e le organizzazioni che abbiamo organizzato lo scorso anno la prima conferenza sulla salute mentale hanno assunto a conclusione dell'evento l'impegno a organizzare ***un presidio civico permanente****, finalizzato a tenere viva l'attenzione sui temi di cui si è discusso e sulle proposte che ne sono derivate, ad alimentare il dibattito, a sollecitare l'attivazione delle istituzioni competenti, fino a quando non saranno date le risposte necessarie.*
In vario modo, Comunità Competente ha tenuto una attenzione su questi temi monitorando e pungolando, nonché continuando a proporre percorsi sostenibili.
Nella seconda conferenza del 10 ottobre di questo anno 2023 abbiamo voluto avviare i lavori rendendo conto dei passi compiuti, alla luce delle tematiche e degli impegni che avevamo individuato a conclusione della prima conferenza e quelle che sono rimaste disattese.

PASSI AVVIATI

1. Costituzione del Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta". Al coordinamento partecipano diversi soggetti (università, soggetti scientifici, terzo settore, associazioni dei pazienti e dei familiari). Il coordinamento come previsto dal DCA 91 del 22 marzo 2023 ha anche il compito di: elaborare il "Piano d'azione regionale per la salute mentale"; ridefinire la rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi mentali e delle loro famiglie; progettare attività per garantire una inclusione sociale, scolastica, lavorativa dei soggetti con patologie mentali. Ad oggi vi sono stati due incontri ed è stato avviato il processo per la costruzione del Piano di Azione per la Salute mentale.

2. Recepimento linee guida nazionali sul Budget di Salute.
La Regione Calabria ha recepito le linee guida nazionali per progettare sul Budget di Salute con il DCA n.158 del 14/11/2022 "Linee Programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti".
Il Programma Operativo regionale 2022-2025 esplicita che il budget di salute avrà il ruolo di implementare e potenziare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio – sanitaria". Si prevede nel programma operativo tra le azioni per l'implementazione e riorganizzazione della rete territoriale: - Un documento per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute – La verifica e monitoraggio dei progetti realizzati con la metodologia del Budget di Salute.
Siamo in attesa che si costituisca il tavolo tecnico per la sperimentazione del Budget di salute, cosi come richiesto dallo scorso anno.

3. Apertura della REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) **di Girifalco** (oltre quella già aperta a S. Sofia D'Epiro) al fine di attuare percorsi di presa in carico condivisa sociosanitaria per pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato, sia con misura di sicurezza in REMS che presso strutture residenziali psichiatriche, oltre che con misure diverse, finalizzate al reinserimento sul territorio.

4. Istituita la Consulta del Dipartimento di Salute mentale di Reggio Calabria, dopo quella già esistente di Catanzaro, con il compito di orientare, con funzioni propositive, le politiche del dipartimento.

5. Recepimento linee d'indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e della adolescenza. Con il DCA 162 del 18/ 11/ 22 è stata prevista l'istituzione di 3 U.O.C. Ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza presso l'A.O.U. Dulbecco, il Gom di Reggio Calabria e l'Annunziata di Cosenza, inoltre con il DCA 180 del 27/06/ 23 sono state recepite "Le Linee d'indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e della adolescenza" che attendevano dal lontano 2019 di essere recepite dalla nostra Regione. *Adesso si attende l'effettiva implementazione delle tre unità operative.*

SONO ANCORA DISATTESI I PUNTI EVIDENZIATI

A. Dare applicazione alle norme che da più di venti anni prevedono l'**integrazione socio-sanitaria**, in modo da ovviare a questo ingiustificabile ritardo e da rendere così concretamente praticabili i **percorsi di co-progettazione inter-istituzionale** degli interventi, anche nell'ambito della salute mentale.

B. L'urgenza di assumere iniziative finalizzate a mettere a regime il personale tramite i Piani del fabbisogno, al fine di **rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale** e, contestualmente, organizzare una formazione continua specifica.

C. Lo **stop alla desertificazione** dei Centri di Salute Mentale (in questi anni, cosi come per altri servizi territoriali, abbiamo visto andare in pensionamento tanti operatori con nessuna sostituzione). Sappiamo che il personale medico è attualmente difficile da reperire, ma sappiamo che in quanto psicologi ed assistenti sociali vi sono diverse opportunità. Come Comunità Competente abbiamo detto più volte, almeno di iniziare ad assumere quelle figure professionali reperibili che certamente possono garantire alcune attività previsti nei servizi territoriali.

D. Altri interventi necessari, come: a) la **creazione di strutture intermedie** per l'avviamento all'autonomia personale e abitativa; b) il rafforzamento su tutto il territorio delle **équipe dedicate alle attività di recovery ed empowerment** presso i Centri Diurni, assicurando la dotazione adeguata di risorse economiche per il loro funzionamento

E. Si evidenzia il ruolo delle amministrazioni locali per lo sviluppo dei **servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare**; in questa prospettiva, diventa fondamentale la valorizzazione delle famiglie e dei caregiver, e delle loro esperienze.

Demenze e deterioramento cognitivo minimo

Amalia C. Bruni, *Membro Comitato Scientifico ISS, Membro del Tavolo Nazionale Demenze*
Past President SINdem (Associazione autonoma aderente alla SIN per le Demenze)

Le demenze sono le patologie in assoluto più frequenti nel mondo, con molteplici fattori di rischio identificati tra cui, il più potente, è l'età. Si stima che dai 65 anni in avanti in media il 7 % degli individui abbia una qualche forma di demenza per una numerosità globale pari a circa un milione e duecentomila persone in Italia. Nel mondo nel 2050 saranno circa 50 milioni le persone affette. Il rischio è esponenziale, raddoppia iperbolicamente ogni 5 anni e, intorno agli 80 anni, oltre il 30% della popolazione è affetto. Con l'allungamento della vita media, siamo oggi al 23% dei soggetti sopra i 65 anni, la numerosità delle persone con demenza è destinata a crescere.

Esistono comunque forme giovanili (in parte genetiche) che, se pur rare, rappresentano importanti modelli di studio per la comprensione delle cause e dei meccanismi attraverso cui si sviluppano e i cui bisogni, diagnostici, sanitari e sociali rivestono peculiarità molto specifiche.

Le demenze sono malattie molto complesse sia per le diversità biologiche e cliniche che per l'enorme impatto sulla qualità di vita quotidiana dei pazienti e dei loro familiari ancora più aggravata dai disturbi comportamentali.

Il decorso della malattia è in genere molto lungo -diversi anni- e genera costantemente sia il *burn out* dei familiari e degli assistenti familiari, che una elevata spesa sociale e sanitaria, massicciamente a carico delle famiglie. I servizi socio sanitari dedicati sono comunque scarsi rispetto alla numerosità dei pazienti anche nelle regioni molto avanzate.

Nella nostra regione definirli scarsissimi è un eufemismo.
Dal 2014 l'Italia si è dotata del Piano Nazionale Demenze, (PND, GU il 13 gennaio 2015, n. 9).
Il PND racchiude un insieme di raccomandazioni e metodologie definite dal Tavolo Nazionale Demenze costituito dal Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, le società scientifiche, le associazioni dei familiari e i referenti tecnici e amministrativi di tutte le regioni, per armonizzare i sistemi sociosanitari e meglio gestire le complessità epidemiologiche e assistenziali delle persone con demenza delle loro famiglie. Per rendere omogenei gli interventi sul territorio nazionale, il PND è aggregato intorno a quattro obiettivi principali sui quali le regioni devono costruire i sistemi diagnostici e socio- assistenziali.

Obiettivo 1: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria
Obiettivo 2: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata
Obiettivo 3: Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure
Obiettivo 4: Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Nel 2021, al fine di garantire l'implementazione e il monitoraggio dell'attuazione del Piano Nazionale Demenze e dei documenti successivamente elaborati dal Tavolo permanente sulle demenze, è stato istituito il **Fondo per l'Alzheimer e le demenze** (Legge 30 dicembre 2020, n. 178,) assieme a i criteri per la valutazione e il monitoraggio dell'impiego delle somme. Il fondo è rappresentato da 15 milioni di euro per le annualità 2021-2022 - 2023. Le regioni hanno presentato progettualità con obiettivi differenti.

STATO DELL'ARTE IN CALABRIA

Sulla base dei dati Istat e della percentuale di soggetti ultra 65enni, ad oggi è stimabile nella nostra regione un numero di oltre trentamila persone con demenza conclamata e circa 25.000 con i primi segni di patologia (deterioramento cognitivo minimo) che necessitano di essere intercettate.
La nostra regione è inoltre, e da oltre un trentennio, nota a livello internazionale per l'elevata prevalenza di forme genetiche giovanili (esordio medio 40 anni) che hanno costituito un importante modello di studio non solo per la ricerca e l'identificazione delle cause genetiche e conseguentemente per l'assistenza. Il lavoro è stato sviluppato dal Centro Regionale di Neurogenetica dell'ASP CZ. La diagnosi precoce (quando ancora non sono iniziate le disabilità funzionali) è oggi particolarmente attenzionata perché su essa si può investire con progetti di prevenzione secondaria che riguardano gli stili e la qualità di vita nonché strategie terapeutiche e assistenziali che nel lungo periodo consentono migliori adattamenti alla malattia (ad oggi inguaribile) e sono in grado di rallentarne il decorso con un minore impatto personale, familiare, sociale ed economico. Investire in diagnostica precoce è dunque fondamentale.

La Regione Calabria ha istituito nel 2000 le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) su indicazione del Ministero della Salute per lo sviluppo del Progetto Cronos (DM20 Luglio 2000, decreto del DG n°469 del 28/7/2000). Tali strutture sono state, successivamente modificate e integrate con i seguenti provvedimenti: Circolare n° 20279 de11/9/2000, Decreto del Dirigente Generale 536 del 21/9/2000, provvedimento 22024 del 26/10/2000.

Il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ha avviato, a partire dal 2010, un percorso di riorganizzazione e miglioramento dell'attività clinico assistenziale delle UVA presenti sul territorio facendo leva sul Centro Regionale di Neurogenetica (CRN) di Lamezia Terme che, istituito con LR 37/96, si occupa di assistenza e ricerca nel campo delle patologie neurodegenerative e specificamente delle demenze.
Nel 2018 è stato istituito il 1° Tavolo Regionale Demenze costituito da un gruppo di esperti provenienti dalle varie ASP, rappresentanti degli Ordini professionali (assistenti sociali e psicologi) e MMG. Questi professionisti hanno iniziato un percorso formativo per la costruzione della Rete regionale, hanno

condiviso strumenti clinici (cartella sociale cartella clinica test cognitivi di minima valutazione, batteria di test neuropsicologici) e strumenti informatici (utilizzo del portale www.univacalabria.it, della cartella clinica elettronica) e dei materiali di formazione ecc., costruiti dal personale CRN).
Il percorso è stato gravemente interrotto dalle traversie che hanno investito e travolto il Centro Regionale di Neurogenetica dal 2019 in poi, centro cui è stata eliminata la parte di ricerca relativa al laboratorio di biologia molecolare, seguita dalla sospensione (arbitraria e unilaterale dell'ASP CZ) con l'Associazione per la Ricerca Neurogenetica ETS che dal 1997 ha sostenuto il CRN e decine di migliaia di pazienti e famiglie afferenti alla struttura. Ad oggi del CRN sopravvive solo una parte assistenziale, ovvero la sua componente CDCD che tuttavia, privata della possibilità di diagnostica avanzata biologico-molecolare, della ricerca e dell'accompagnamento e sostegno offerto dall'ARN, ha innescato una forte emigrazione sanitaria. In passato il CRN offriva alle altre regioni le prestazioni di biologia molecolare e la competenza sulle malattie genetiche rare richiamava percentuali importanti di pazienti da altre regioni.

Nel 2021 il Tavolo Regionale è stato riformulato con Decreto Dirigenziale del Dipartimento Salute n° 3014 del 22/03/2022, sia per riprendere il percorso interrotto che per sviluppare le progettazioni inerenti il Fondo Nazionale Demenze che ha assegnato alla Calabria complessivamente € 524.874,99 per un triennio di attività.
La Regione Calabria ha attualmente in corso, con termine dicembre 2023 e coordinato dall'Azienda Materdomini, un progetto relativo alla Tele riabilitazione nei pazienti con Deterioramento cognitivo minimo selezionati dalle cinque aziende sanitarie provinciali da assistenti sociali e da psicologi all'uopo reclutati tramite bando pubblico.

Nello stesso decreto di istituzione del Tavolo Regionale è riportato che si debbano sviluppare e attivare le seguenti azioni:
1) Costruzione e IMPLEMENTAZIONE della Rete Regionale per le demenze;
2) Monitoraggio del PND al fine di garantire l'omogeneità degli interventi sul territorio; -
3) Promozione di strategie primarie e secondarie di prevenzione delle demenze e del deterioramento cognitivo – Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, DCA n. 137/2021;
4) Rilevazione dell'offerta sanitaria ad integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento degli ambiti territoriali; costruzione e/o implementazione del sistema informativo dedicato alle demenze;
5) Ricerca mirata sulle demenze;
6) Promozione sul territorio regionale di progetti sperimentali orientati al miglioramento della assistenza e della qualità di vita;
7) Implementazione e controllo dei CDCD e dei servizi territoriali;
8) Progetto di Valutazione dell'usabilità della piattaforma applicativa di Tele-Medicina e di TeleRiabilitazione e dei relativi devices, in pazienti con declino cognitivo lieve (mild cognitive impairment, MCI) o fasi iniziali di demenza (attualmente in corso e che terminerà dicembre 2023).

La rete dei Centri per le demenze e il deterioramento cognitivo In Calabria. I Centri per le demenze e il deterioramento cognitivo (CDCD, sulla base della nuova survey compiuta dall'ISS nel 2022) sono 38 e distribuiti nelle varie aree della regione sia a carico di aziende ospedaliere che territoriali.

L'ISS ha rilevato che i CDCD calabresi hanno già in carico 32.666 pazienti con una media di 860 per ogni CDCD.

Le criticità rilevate sono importanti. Il 28% dei CDCD è aperta un solo giorno a settimana. I CDCD non sono (tranne rare eccezioni) definiti come Unità Operative (Semplici o Complesse) e più frequentemente la "funzione CDCD" è in carico ad un unico medico di un servizio o di un reparto che si occupa di altro e "in un ritaglio di tempo" si occupa di demenze. È conseguenziale che la disponibilità assistenziale dedicata e specifica alle persone con demenza sia gravemente carente. Spesso il CDCD si limita ad erogare il piano terapeutico per i farmaci contro la Malattia di Alzheimer senza tuttavia essere in grado di intercettare le sfide diagnostiche, sempre più complesse, e i bisogni assistenziali anch'essi in crescita a causa della nuova modellazione della società con famiglie nucleari, figli lontani in una regione che si sta profondamente desertificando e in cui le relazioni sociali e le reti amicali stanno scomparendo.
Mancano neuropsicologi, assistenti sociali, infermieri e in generale le pluriprofessionalità.

I Centri Diurni, fondamentali per sgravare le famiglie dall'imponente carico assistenziale, e aiutare il paziente nella costruzione di un miglioramento della qualità di vita "nonostante la malattia", sono rarissimi. Quelli pubblici completamente assenti. Nel dicembre 2021 una DGR (610 del 28 dicembre 2021) ha avviato indicazioni operative per gli ambiti con interventi destinati a persone affette da Alzheimer nell'ottica di potenziare la rete dei servizi territoriali rivolti alle persone con deterioramento cognitivo e sindromi demenziali e alleggerire il gravoso carico assistenziale delle famiglie.
Lo stanziamento è stato di euro 1.528.168,20. Allo stato attuale, sebbene non risulti un censimento specifico, sono circa una ventina i Caffè Alzheimer che sono stati realizzati.
I caffè Alzheimer sono strutture sociali in cui si incontrano ogni 7-15 gg pazienti, familiari, assistenti sociali, psicologi e tecnici di riabilitazione per creare un ambiente stimolante e di aiuto che risulta particolarmente gradito a familiari e pazienti che vivono drammaticamente la solitudine indotta dalla malattia.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE

Gli obiettivi del PND, ridefiniti nel Decreto di istituzione del Tavolo 2021, non sono stati ancora minimamente raggiunti e il poco realizzato è insufficiente e non finanziato stabilmente.
È indispensabile la creazione della Rete Regionale per le Demenze a partire dalla definizione operativa dei CDCD come UO dedicate almeno 5 giorni su 7 e pluriprofessionali (dotate almeno di medico neurologo o di un geriatra), un neuropsicologo, un assistente sociale). È indispensabile la riattivazione operativa del laboratorio di biologia molecolare del Centro Regionale di Neurogenetica con la definizione di una dotazione organica e un nuovo assetto istituzionale.
L'imminente arrivo di farmaci biologici esclusivi per la malattia di Alzheimer (e per le fasi precocissime della malattia) imporrà standard altissimi da un punto di vista diagnostico e di monitoraggio delle terapie che potranno essere somministrate solamente in ambienti ospedalieri e con controlli frequenti di RMN per monitorare i pericolosi effetti collaterali. È dunque necessario raccordare i CDCD ospedalieri con quelli territoriali per gestire lo screening, identificare i pazienti, trattare e prendere in carico anche tutti coloro che continueranno a fare altre terapie.
È altrettanto indispensabile che i CDCD (con competenze diversificate rispetto ai bisogni dei pazienti) siano collegate da un PDTA e che a livello territoriale ci sia la possibilità di far sopravvivere i caffè Alzheimer già esistenti (necessitano finanziamenti ad hoc) e che soprattutto nascano centri diurni in cui il paziente, accompagnato da personale qualificato, possa riuscire a mantenere il più a lungo possibile le attività strumentali e funzionali della vita quotidiana.
Contemporaneamente l'attivazione di progetti di prevenzione (e informazione) sviluppati interagendo con i MMG, i comuni e gli enti del terzo settore, su larga scala, potrebbero nel tempo ridurre del 25 % l'incidenza della malattia, come la scienza ha già da anni suggerito. Strada maestra da percorrere per il raggiungimento della salute collettiva.

Il ruolo della Telemedicina nella democrazia delle cure

Maurizio Cipolla, *Segretario Generale Società Italiana di Telemedicina*

L'argomento della telemedicina necessita della comprensione di questo "strumento" e delle sue "finalità".

Oggi se ne parla dappertutto, dal periodo Covid , che ne ha amplificato l'utilizzo, al PNRR che sostiene la realizzazione delle infrastrutture (Piattaforma Nazionale e articolazione dei servizi sui territori).

Molto si sta facendo e altro va fatto, soprattutto nella ricerca delle finalità rivolte ai cittadini utenti (multi cronici, fragili, disabili, Aree Interne), alle Aziende sanitarie provinciali e agli Ospedali.

La telemedicina è lo strumento che, se usato bene, al di là dell'abbattimento delle distanze tra operatore e utente, crea un sistema di equità e democraticità di acceso alle cure. pensiamo alle Reti di Patologia e ai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Va, però, "fatta" da risorse umane preparate, formate, ma, soprattutto certificate. In analogia a quanto avviene in ospedale un pediatra non potrà fare il neurochirurgo e un infermiere di oculistica non potrà fare mai l'infermiere di sala operatoria, se non con una formazione e certificazione specifica.

La frontiera della telemedicina sul territorio e nella sua esplicazione quale ponte con l'ospedale (pensiamo all'emergenza urgenza), va superata da una efficiente cabina di regia in cui i componenti siano "titolati" ed abbiano anche delle competenze specifiche di esperienze maturate nel contesto dei nostri territori.

Esistono buone pratiche in telemedicina nella Regione Calabria, approvate dalla comunità scientifica e sostenute da pubblicazioni e lavori presentati nei congressi internazionali.

La società Italiana di Telemedicina, che rappresento a livello nazionale, si rende disponibile alla collaborazione con la Regione Calabria per il potenziamento scientifico della materia e la sua concreta applicazione.

Progetto per avviare la rete senologica regionale Calabrese

Dottor Franco Abbonante

Direttore Chirurgia Plastica Ricostruttiva A.O.U. Dulbecco Catanzaro

Il 18 dicembre 2014, è stata siglata l'intesa Stato-Regioni che ha stabilito l'istituzione dei Centri di Senologia. **Questa intesa viene recepita dalla Regione Calabria, solo il 15 luglio 2020 - DCA 100 regione Calabria.**
La popolazione Calabrese è di circa 1.900.000 abitanti. Di questi circa 1.000.000 sono donne. Ci sono circa 870.000 donne in età interessata da neoplasie della mammella che vanno studiate son screening di massa per tentare di trovare le neoplasie in fase iniziale che presentino possibilità di guarigione. La Calabria è in grande ritardo per quanto riguarda l'organizzazione di una rete senologica, che è già presente da tempo in tutte le regioni d'Italia.
Nel 2019, lo screening di massa ha raggiunto solo il 19% della popolazione femminile tra i 35 ed i 70 anni. Dei 1154 casi con diagnosi di tumore della mammella che hanno colpito le donne calabresi, (molte altre donne non sanno ancora di avere il tumore perché non raggiunte dallo screening), secondo i dati a disposizione del dipartimento della salute e di Agenas, il 47% sono andate a farsi curare in realtà scientifica extraregionali. (vedi foto 1)

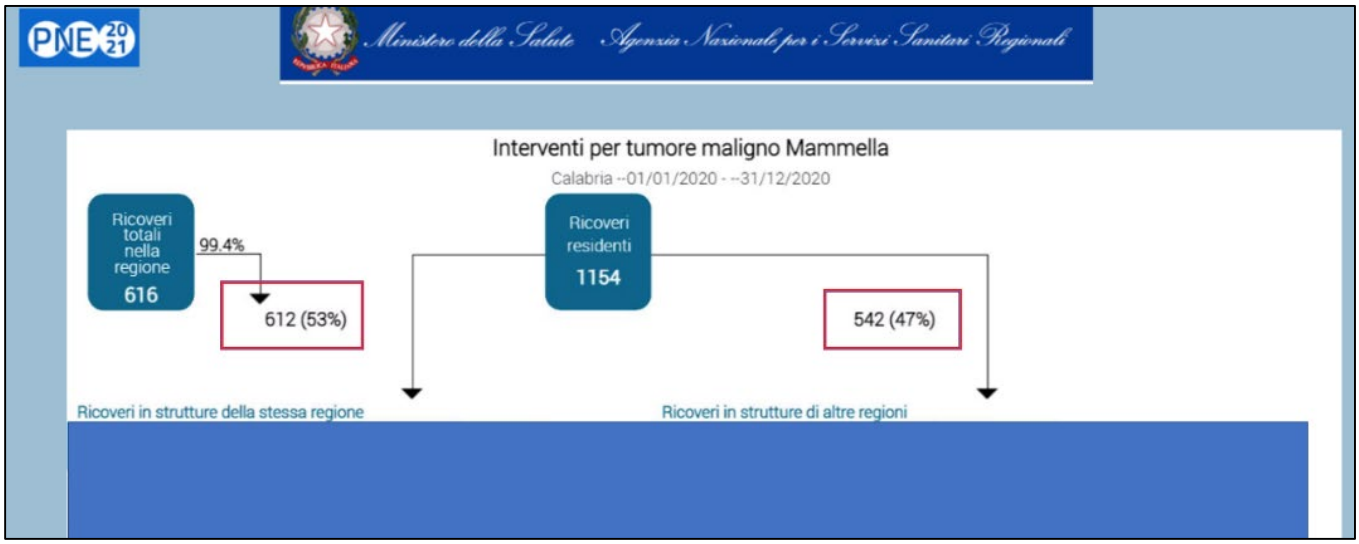


Foto1

Con grave danno per le casse della Regione Calabria che dovrà rimborsare alle altre Regioni le spese sostenute per le cure delle pazienti Calabresi e per le famiglie delle pazienti che dovranno risiedere a lungo lontano da casa con gravi difficoltà economiche.

Le leggi vigenti in Italia, impongono il trattamento dei tumori della mammella solo in centri multidisciplinari specializzati definiti Breast Unit.

Nel maggio 2019 la Direzione Aziendale della A.O.P.C. di Catanzaro, impegnata a tentare di ridurre la **migrazione sanitaria**, almeno nell'area centro della Regione, decideva di affidare al sottoscritto Francesco Abbonante, direttore di dipartimento chirurgico, il compito di organizzare una "Breast Unit" essendo passata la legge nazionale che prevede che tutte le neoplasie della mammella devono essere trattate non più da un singolo professionista, ma da un gruppo multidisciplinare.

Una Breast Unit, per essere considerata tale, per obblighi dettati dalle Società Scientifiche Internazionali (EUSOMA) e Nazionale, (SENONETWORK), deve avere nel suo organico, almeno:

2 radiologi interventisti che hanno compiuto nel precedente anno almeno 50 biopsie mammarie che sono risultate all'esame istologico nuovi tumori della mammella,

2 chirurghi senologi che hanno effettuato nell'anno precedente almeno 50 interventi chirurgici per nuovo tumore della mammella,

2 anatomopatologi che anno processato almeno 50 casi che sono risultati essere nuovi tumori della mammella nell'anno. Inoltre sono necessari

2 radioterapisti che hanno trattato almeno 50 casi, durante l'anno, di patologie tumorali della mammella, e

2 oncologi medici che hanno eseguito cicli di chemioterapia in almeno 50 nuovi casi di tumore della mammella. Questi fanno parte del CORE TEAM della Breast Unit e discutono settimanalmente i nuovi casi clinici, decidendo le strategie diagnostiche e terapeutiche.

Per avere una Breast Unit sono necessari anche almeno:

2 chirurghi plastici che insieme ai chirurghi senologi hanno effettuato almeno 50 interventi di chirurgia plastica per tumore alla mammella con procedure ricostruttive votate a ottenere per quanto è possibile un'integrità estetica della mammella trattata.

Si aggiungono indispensabili figure di supporto quali: fisiatri, fisioterapisti, infermieri dedicati, psiconcologi, un case manager, un data manager che mantenga i rapporti per via informatica con le società scientifiche del settore, nazionale e internazionale.

Appare acclarato da lavori scientifici internazionali che essere curati non più da un singolo professionista, ma da un gruppo eterogeneo di medici specialisti, aumenta la possibilità per le pazienti di essere esenti da ripresa di patologia tumorale nei successivi 5 anni ed aumenta la possibilità anche di guarigione o quantomeno di prolungamento della sopravvivenza in assoluto benessere, almeno nel 20% dei casi.

Da quando ho assunto l'incarico, nel 2019, la Breast Unit della AOPC di Catanzaro ha raccolto 126 nuovi casi di tumore della mammella. Nel 2020 i casi i nuovi tumori della mammella trattati sono stati 148, nel 2021 sono stati trattati nella AOPC di Catanzaro 180 casi e nel 2022 i nuovi casi di tumore della mammella sono stati 246, con un incremento nel periodo, intorno al 100%. Nell'anno in corso, nei primi otto mesi del 2023 sono stati eseguiti circa 180 nuovi casi di neoplasie mammarie.

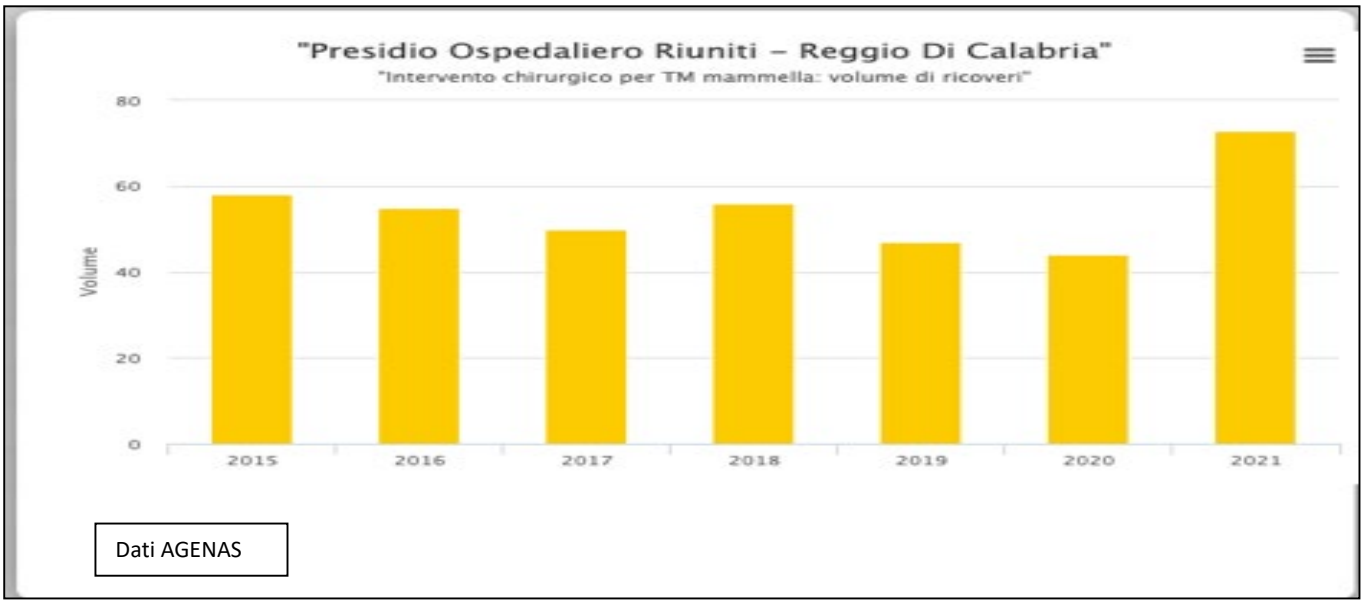
La AOPC di Catanzaro ha prodotto lo sforzo di fornire tutte le figure professionali indispensabili per considerare il gruppo multidisciplinare una vera BREAST UNIT, comprese una Psico oncologa, un ingegnere biomedico, dietiste.

Nella AOPC di Catanzaro, attualmente in fase di accorpamento nella AOU Dulbecco, ho fortemente voluto e creato un numero dedicato, **0961 883241** a cui le donne, che notano la rapida insorgenza di un nodulo alla mammella, o la secrezione ematica da un capezzolo, possono rivolgersi, azzerando la burocrazia. Con la presentazione di una semplice impegnativa dematerializzata, con classe di priorità urgente, otterranno entro tre giorni, una ecografia, una mammografia ed eventuale biopsia del nodulo sospetto. Dopo ulteriori 7 giorni, grazie alla nostra anatomia patologica, siamo in grado di avere una diagnosi istologica completa di tutti i fattori prognostico predittivi che ci consentono di scegliere la strategia giusta fatta di chirurgia mirata o di terapia medica oncologica neo adiuvante (prima dell'intervento chirurgico), calibrata sulle caratteristiche biologiche del tumore. Questa efficiente metodica di trattamento della neoplasia mammaria ha portato in numerosi casi ad un completo successo sulla patologia. Alcuni casi di neoplasia avanzata, infatti, anche se giunti con notevole ritardo, condizione purtroppo molto comune nel Sistema Sanitario Regionale Calabrese, trattati per come su descritto, sono arrivati ad un successo completo con totale scomparsa della patologia tumorale, ed hanno consentito ai chirurghi senologi e dai chirurghi plastici di ottenere una completa bonifica di una mammella che altrimenti non sarebbe potuta avvenire.

La crescente richiesta di prestazioni, le messe in riposo di dirigenti medici che hanno raggiunto l'età pensionabile e non sono stati sostituiti, le assenze prolungate per malattia o gravidanza, senza sostituzione, fa sì che le figure professionali appaiano in numero sempre più esiguo (Anatomopatologi dedicati, Radiologi dedicati, chirurghi dedicati) e non sufficiente a contrapporsi alla fame di assistenza.

Tutto ciò mi fa temere l'implosione del sistema messo in piedi. Oltre alla carenza di personale, mancano anche gli spazi dedicati, in cui sistemare in maniera più confortevole e consona con l'importanza psicologica e sociale del progetto, le macchine radiologiche di diagnostica già acquisiti: ecografi di ultima generazione, mammografi di ultima generazione, un mammografo digitale con tomosintesi per biopsie mirate in casi complessi; ambulatori per visite senologiche (prelievi, anamnesi, medicazioni, ecc.); mancano ad oggi, nonostante i successi riportati, camere di degenza e personale dedicato per la chirurgia senologica e la chirurgia plastica (unica SOC specialistica della Regione)

L'efficienza del gruppo multidisciplinare che si è saputo costituire nella AOPC di Catanzaro, dimostra che, se la politica Regionale e l'Amministrazione preposta vorranno supportare e potenziare questo gruppo di lavoro, sarà possibile anche riprodurre in altre realtà regionali, attualmente deficitarie, questo progetto, a partire dalla provincia di Cosenza ed alla provincia Di Reggio Calabria. Quest'ultima, attualmente, ha una potenzialità e una attività di reclutamento e trattamento di nuovi casi di neoplasia mammaria criticamente al di sotto dei numeri minimi previsti dalle leggi nazionali e dalle linee guida delle società scientifiche, che prevedono il trattamento di almeno 135 nuovi casi di neoplasie mammarie ad anno.



Per fare comprendere l'importanza del progetto, si rammentano gli evidenti segni di riconoscimento da parte della popolazione, di artisti e di Associazioni per l'opera svolta dalla B.U. dell'AOPC di Catanzaro: la fondazione Vialli Mauro per la Ricerca e lo Sport ha donato una mammografo digitale con tomosintesi, del valore di 450.000 euro, capace di eseguire biopsie mirate su piccole neoplasie, composte da pochi nidi cellulari. Si ricorda la donazione di numerose opere pittoriche, offerte da artisti sensibili, provenienti da tutta la

regione, che arricchiscono lo spazio rosa della Breast Unit del presidio Pugliese e la indimenticabile "Prima passeggiata in rosa", che ha riempito il lungomare di Catanzaro Lido con un monocromatico fiume di persone, tinto di rosa.

Infine plauso all'operato del sottoscritto e della Breast Unit da me coordinata sono venuti dalla Direzione Nazionale di SENONEWORK, società che governa le Breast Unit Nazionali, nella persona del suo presidente Luigi Cataliotti e dei più importanti componenti del direttivo, tra cui Mario Taffurelli di Bologna.

Per quanto esposto sopra, per quanto fatto da questo gruppo e quanto ancora potrà fare per la collettività Regionale, chiedo, all'illuminato Governatore di disporre affinché questo grande progetto di medicina sociale venga tutelato e potenziato, e che mi si dia mandato di provare, sotto il controllo del Governatore della Regione, a proporre ai colleghi delle altre realtà regionali la strada per replicare il progetto Breast Unit di Catanzaro negli altri ospedali Regionali. Più volte il dialogo con il dipartimento della Salute non ha ottenuto i risultati auspicati.

Solo ascoltando le idee di un professionista che da oltre quarant'anni offre un servizio ad ampio ventaglio e di qualità elevata in settori chirurgici mai trattati prima sul territorio Calabrese, quali la chirurgia plastica ricostruttiva in oncologia ed in traumatologia, che si potranno ottenere su tutto il territorio Regionale i risultati che la popolazione Calabrese e le Associazioni di Volontariato auspicano ed agognano da decenni.

La reale e completa attivazione di una rete senologica presente su tutto il territorio regionale, infine, potrà fare da apri pista per altre patologie tumorali, che anch'esse attualmente vivono una totale disorganizzazione ed incapacità di creare gruppi multidisciplinari che curino realmente e totalmente le varie patologie neoplastiche più comuni seguendo i PDTA riconosciuti dalle società scientifiche dei vari settori, quali quelle del colon, dello stomaco, dell'utero ed ovaie, della prostata e della cute.

I determinanti politici della salute

Primo Buscemi, Gabriele Cerini, Francesco Giannuzzi, Simone Iadevaia e Lorenzo Latella
Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

L'influenza dei determinanti sociali sulla salute delle popolazioni è al giorno d'oggi ampiamente riconosciuta. La *World Health Organization* (WHO) definisce i determinanti sociali di salute come quei **fattori non medici** che influenzano la salute, comprendenti le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano e, in senso più ampio, l'insieme delle forze e dei sistemi che plasmano le condizioni di vita quotidiane. Questi ultimi includono le norme sociali, le politiche economiche e il sistema politico.

Daniel E. Dawes, uno dei principali promotori dell'*Affordable Care Act* (ObamaCare), nonché consulente per la COVID-19 Health Equity Task Force della Casa Bianca, ha pubblicato nel 2020 un libro in cui **sostiene che i fattori politici dovrebbero essere considerati in modo distinto dai determinanti sociali della salute**. Infatti, quelli che Dawes definisce determinanti politici della salute, agiscono a monte rispetto ai determinanti sociali della salute, svolgendo un ruolo fondamentale nel generare, sostenere ed esacerbare i determinanti sociali, che a loro volta influenzano la salute della popolazione, attenuando o incrementando le disuguaglianze di salute.

Dawes definisce i determinanti politici della salute come quei fattori "implicanti il processo sistematico di strutturare le relazioni, allocare le risorse e amministrare il potere, che operano simultaneamente, rafforzandosi reciprocamente o influenzandosi a vicenda, per determinare le opportunità che possono ridurre o esacerbare le disuguaglianze di salute".

I determinanti politici della salute creano le condizioni strutturali e i fattori sociali che, a loro volta, influenzano tutte le dinamiche coinvolte nella salute, come, ad esempio, le condizioni ambientali, la sicurezza nei trasporti, l'insicurezza abitativa e la mancanza di opzioni alimentari sane.

Riflettere sul ruolo che svolgono i determinanti politici significa analizzare come il potere, le istituzioni, gli interessi e le posizioni ideologiche possono influenzare la salute nel contesto di differenti sistemi politici e culture, e a diversi livelli di governance.

I PUNTI DI CRISI DELL'EDILIZIA SANITARIA

Dottor Rubens Curia e Ingegner Francesco Costantino

In occasione dello svolgimento della III Assemblea Regionale di "Comunità Competente" tenutasi a Lamezia il 5 luglio 2023 tra i temi trattati ci sono stati anche quelli riguardanti i "punti di crisi dell'edilizia sanitaria".
Le valutazioni effettuate hanno confermato quanto evidenziato nello specifico capitolo degli investimenti del Programma Operativo Regionale Sanitario 2022/25; ovvero che le strutture ospedaliere presenti nella Regione Calabria, anche a causa di carenze negli interventi manutentivi da parte delle Aziende, non sono in grado di assicurare una efficace risposta ai fabbisogni di salute dei cittadini, generando di conseguenza fenomeni di migrazione sanitaria che contribuiscono in modo significativo a creare problemi di ordine organizzativo e finanziario per il sistema sanitario regionale.
La riqualificazione strutturale e tecnologica delle strutture edilizie esistenti appare dunque indispensabile per realizzare un significativo cambiamento nell'uso delle risorse con risparmi sui costi di manutenzione e gestione. Anche nel caso della realizzazione programmata di nuove strutture, grazie alle moderne tecnologie ed agli aggiornati standard costruttivi, si realizzerebbero vantaggi gestionali e manutentivi connessi all' efficientamento energetico, alla sicurezza ed alla migliore logistica.

La relazione sull'edilizia sanitaria si è incentrata, in particolare, su alcuni punti di crisi di carattere generale, strutturale e organizzativo di seguito evidenziati:

A- Patrimonio edilizio e tecnologico regionale inadeguato
Si tratta in gran parte dei casi di edifici datati che necessitano di ingenti oneri manutentivi e/o di ristrutturazione pesante per realizzare condizioni di sicurezza strutturale e impiantistica.
Spesso lo stesso problema si presenta per le tecnologie delle grandi apparecchiature da impiegare che hanno superato in molte circostanze il ciclo di vita utile.

B- Strutture tecnico-amministrative regionali di settore sottodimensionate
Si registra la presenza di 5 sole unità operative (3 per il Settore 1 e 2 per il Settore 2) alle quali risulta assegnato personale insufficiente.
Ciascuna U.O., infatti, ha una declaratoria di attività insostenibile in relazione agli adempimenti di natura tecnico-amministrativa da predisporre, monitorare e rendicontare.

C- Strutture tecnico-amministrative aziendali di settore inadeguate:
- L'inadeguatezza è riconducibile:
- al dato quantitativo degli organici aziendali in relazione alla mole di lavoro da affrontare sia sul piano della manutenzione ordinaria di strutture, tecnologie ed impianti, sia sul piano della progettazione e direzione lavori di nuove strutture;
- alla mancanza di piani di formazione ed aggiornamento programmati.

D- Procedure gravose e penalizzanti per una Regione sottoposta a Piano di rientro
Procedure da gestire in un contesto che non tiene in debito conto le esigenze di una pianificazione ordinata del sistema di aggiornamento professionale.
Accanto ai punti di crisi di carattere generale sono stati poi evidenziati ambiti di crisi puntuali che riguardano la gestione delle procedure tecnico-amministrative collegate a specifici settori di investimenti programmati e in forti difficoltà esecutive.

Accordo Integrativo Anno 2007	CONTRIBUTO DELLO STATO		CONTRIBUTO DELLA REGIONE		TOTALE (€)
Titolo intervento	Art. 20 L. 67/88	Art. 71 L. 448/98	Art. 20 L. 67/88 - 5%	Quota integrativa	
Nuovo Ospedale della Sibaritide	57.000.000,00	-	3.000.000,00	17.000.000,00	**77.000.000**
Complesso Ospedalieri di Catanzaro	39.355.468,38	17.527.667,99	2.071.340,44	40.045.523,19 *	**99.000.000,00**
Completamento Nuovo Ospedale di VV	25.259.684,68	-	1.329..457,09	17.000.000,00	**43.589.141,77**
Nuovo Ospedale della Piana	57.000.000,00	-	3.000.000,00	6.000.000,00	**66.000.000,00**
TOTALE	**178.615.153,06**	**17.527.667,99**	**9.400.797,53**	**80.045.523,19**	**285.589.141,77**
*di cui € 7.511.857,71 come quota integrativa per l'attivazione del programma ex art. 71 L. 448/98					

Tra i tanti si segnalano punti di crisi puntuali riguardanti:

1. GRANDI OSPEDALI di cui all'accordo integrativo del 2007: (*Ospedale della Sibaritide - Nuovo Ospedale di Vibo Valentia – Nuovo Ospedale della Piana*)
La tempistica che si rileva dai cronoprogrammi di attività del Programma Operativo 2022/25 (*Vedi CDA n. 162/2022 - Capitolo 7: Gestione degli investimenti*) presenta già disallineamenti temporali e necessità di aggiustamenti che tengano conto del reale andamento delle procedure esecutive.
L'Ospedale della Sibaritide che presenta il maggior grado di avanzamento registra dopo il completamento delle strutture in cemento armato una situazione di allarmante rallentamento e il Nuovo Ospedale della Piana, per il quale è in corso l'appalto per l'eliminazione delle interferenze dei tralicci RFI, ha necessità di concordare con la società aggiudicataria le condizioni per il riequilibrio finanziario dell'investimento prima ancora di avviare la fase di progettazione esecutiva. Per Vibo è stata finora consegnato per l'effettiva esecuzione solo uno stralcio del progetto esecutivo. Attesi i tempi finora trascorsi da quando l'accordo integrativo del 2007 è stato sottoscritto c'è da sperare in uno scatto di operatività.

2. CASE DELLA SALUTE finanziate originariamente con i fondi del POR Calabria FERS 2007/2013, poi con i Fondi PAC 2007/2013, successivamente reinseriti nel POR Calabria FERS 2014/2020. (*Case della Salute di San Marco Argentano – Cariati – Mesoraca – Chiaravalle – Scilla – Siderno*)
I ritardi accumulati, restando costante l'entità dei finanziamenti riconducibili ad un tempo passato ormai ultra decennale, non consentono più di realizzare le originarie previsioni progettuali.
Ne fa fede uno degli interventi previsti- quello della Casa della Salute di Siderno- dove i costi sono lievitati, secondo la stima del RTP aggiudicatario della gara per i servizi d'ingegneria espletata da Invitalia, da 9,76 milioni di € a 22 milioni f di €.
Risulta convincente, nella situazione data, la soluzione prefigurata di cominciare ad utilizzare le risorse disponibili su una parte delle str5utture da riorganizzare per le nuove funzioni.

3. PROGRAMMA DI AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO di cui all'art. 6, c.3 del DL 35/2019.
Ad oggi e a fronte di risorse complessive che superano gli 86 ml di € tra fondi statali e fondi regionali finalizzati sono state avviate procedure per poco più di ¼ di quanto a suo tempo programmato nonostante di mammografi, angiografi, TAC, risonanze magnetiche, gamma camere, PET ve ne sia un gran bisogno.
Il Programma prevede l'acquisto e l'installazione di n. 24 TAC (oltre l'aggiornamento di una esistente), n. 17 Risonanze Magnetiche (oltre l'aggiornamento di due esistenti), n. 21 Mammografi, n. 11 Angiografi, n. 2 Gamma Camera, n. 4 Gamma Camera/TAC, n. 3 PET/TAC e n. 2 Acceleratori Lineari.
Le tabelle che seguono aggiornate al 16 agosto 2023 danno una precisa fotografia dello stato dell'arte.

Programma investimenti ex art. 20, L. n. 67/1988 - "Programma di ammodernamento tecnologico"
ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 - Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019
FORNITURA ED INSTALLAZIONE TECNOLOGIE alla data del 25 settembre 2023

APPARECCHIATURA	TECNOLOGIA	TOTALE PROCEDURE DISTINTE PER AZIENDA										PROCEDURE AVVIATE	APPARECCHIATURE COLLAUDATE	NOTE
		ASP CS	ASP KR	ASP CZ	ASP VV	ASP RC	AO CS	AO CZ	AO RC	AO MD	TOTALE			
TAC	TAC 32 Strati	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	
	TAC 64 Strati	0	0	3	2	3	0	0	0	0	8	0	0	
	TAC 128 Strati	3	1	1	1	0	0	0	1	0	7	1	0	
	TAC 128 Strati nativa	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	
	TAC 256 Strati upgrade	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
	TAC 256 Strati	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	4	0	
Risonanza Magnetica	Tomografo settoriale	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	
	Tomografo a magnete aperto >0,5 Tesla	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	
	Tomografo a magnete chuso 0,5-3,0 T Upgrade	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	
	Tomografo a magnete chuso 1,5 Tesla	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	
	Tomografo a magnete chuso 3,0 Tesla	1	0	0	0	0	1	2	2	1	7	2	0	Per il GOM di RC è stata avviata 1 procedura di 2
Mammografo	Mammografo digitale con fotosintesi	11	3	1	1	2	1	0	1	1	21	12	0	Per l'ASP di CS sono state avviate 4 procedure di 11
Angiografo	Angiografici e Cardiologici	2	1	0	0	0	1	1	3	1	9	5	0	
	Angiografi biplanari	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	
Gamma Camera	Testata singola - Total Body	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
	Testata multipla - Total Body	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
Gamma Camera/TAC	Sistemi TAC/Gamma Camera	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4	1	0	
PET-TAC	Sistemi TAC/PET	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3	1	0	
Acceleratore Lineare	Acceleratore Lineare ad energia alta e multipla	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	
	TOTALE GENERALE	**19**	**10**	**6**	**6**	**7**	**5**	**10**	**13**	**9**	**85**		**0**	
	TOTALE AVVIATE	**4**	**4**	**0**	**1**	**2**	**2**	**0**	**7**	**7**		**27**		

OSSERVAZIONI: A distanza di oltre 4 anni dalla Delibera CIPE che rende disponibile il finaziamento di € 82.164.205,00, integrato con fondi regionali pari ad € 4.324.431,84 (totale € 86.488.636,84) sono state avviate procedure per complessivi € 24.641.358,43. Più in particolare le procedure avviate riguardano 5 TAC su una previsione di 25; 2 Risonanze magnetiche su una previsone di 17; 12 Mammografi su una previsione di 21; 6 Angiografi su una previsione di 11; 0 Gamma Camere su un previsione di 2; 1 Gamma camera/TAC su una previsione di 4; 1 PET/TAC su una previsione di 3; 0 Acceleratori lineari su una previsione di 2. Il cronoprogramma del Programma Operativo regionale 2022/25 di cui al DCA n. 162 del 18/11/2022 prevedeva l'avvio di tutte le procedure mediante convenzione con la centrale di committenza da completare entro il mese di marzo 2023. Quelle effettivamente avviate alla data del 25 settembre 2023 sono solo 27 su un totale di 85

4. RIORDINO RETE OSPEDALIERA per il superamento dell'emergenza COVID 19:

Il problema da affrontare risulta quello di adeguare agli standard ordinari il numero dei posti letto di TI e SI degli ospedali calabresi con una dotazione prevista con il DCA n. 91/2020 di quasi 40 ml di €. Per il raggiungimento degli standard (rispettivamente 0,14 pl/1000 ab e 0,07 pl/1000ab) occorreva pressoché raddoppiare i posti disponibili. Poco è stato ancora fatto. Di seguito il quadro riepilogativo degli interventi programmati:

Interventi programmati con DCA n. 91/2020 e s.m.i.

Programma investimenti ex art. 20, L. n. 67/1988 - "Programma di ammodernamento tecnologico"
ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 - Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019
FORNITURA ED INSTALLAZIONE TECNOLOGIE

Progr.	TECNOLOGIA	DCA	DATA	STRUTTURA	FORNITURA	LAVORI ED ACCESSORI	IVA	A CARICO DELLO STATO	A CARICO DELLA REGIONE	TOTALE
1	Mammografo	187/22	15/12/2022	MATER DOMINI CZ	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
2	Mammografo	188/22	15/12/2022	P.O. MELITO P.SALVO	€ 220.000,00	€ 100.477,80	€ 60.911,34	€ 362.319,68	€ 19.069,46	€ 381.389,14
3	Mammografo	189/22	15/12/2022	P.O. GIOIA TAURO	€ 220.000,00	€ 100.477,80	€ 60.911,34	€ 362.319,68	€ 19.069,46	€ 381.389,14
4	Mammografo	2/23	03/01/2023	P.O. CROTONE	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
5	Mammografo	3/23	03/01/2023	P.O. SERRA S.BRUNO	€ 220.000,00	€ 70.853,94	€ 61.850,50	€ 335.069,22	€ 17.635,22	€ 352.704,44
6	Mammografo	24/23	12/01/2023	POLIAMBUL. MESORACA	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
7	Mammografo	52/23	09/02/2023	P.O. S. GIOVANNI IN FIORE	€ 220.000,00	€ 52.436,51	€ 57.012,63	€ 312.976,68	€ 16.472,46	€ 329.449,14
8	Mammografo	76/23	03/03/2023	POLIAMBUL. CIRO' MARINA	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
9	Mammografo	77/23	03/03/2023	P.O. ANNUNZIATA CS	€ 220.000,00	€ 80.127,70	€ 55.250,50	€ 337.609,29	€ 17.768,91	€ 355.378,20
10	Risonanza RNM	82/23	15/03/2023	AOU CZ MATER DOMINI	€ 1.250.000,00	€ 176.924,09	€ 313.923,30	€ 1.653.805,02	€ 87.042,37	€ 1.740.847,39
11	Angiografo	121/23	11/05/2023	P.O. ANNUNZIATA CS	€ 480.000,00	€ 695.644,83	€ 174.920,57	€ 1.287.037,13	€ 67.528,27	€ 1.350.565,40
12	TAC	122/23	11/05/2023	TAC P.O. MORELLI RC	€ 1.100.000,00	€ 279.291,70	€ 318.906,00	€ 1.613.287,81	€ 84.909,89	€ 1.698.197,70
13	Angiografo	141/23	07/06/2023	AOU CZ MATER DOMINI	€ 1.250.000,00	€ 176.924,09	€ 313.923,30	€ 1.653.805,02	€ 87.042,37	€ 1.740.847,39
14	Angiografo	142/23	07/06/2023	P.O. CROTONE	€ 469.041,22	€ 309.120,20	€ 140.235,94	€ 872.477,49	€ 45.919,87	€ 918.397,36
15	Gamma Camera.-TAC	143/23	07/06/2023	AOU CZ MATER DOMINI	€ 530.000,00	€ 108.337,87	€ 133.103,48	€ 732.869,28	€ 38.572,07	€ 771.441,35
16	TAC	144/23	07/06/2023	AOU CZ MATER DOMINI	€ 1.100.000,00	€ 155.693,20	€ 276.252,50	€ 1.455.348,42	€ 76.597,28	€ 1.531.945,70
17	TAC	147/23	09/06/2023	AOU CZ MATER DOMINI	€ 1.100.000,00	€ 155.693,20	€ 276.252,50	€ 1.455.348,42	€ 76.597,28	€ 1.531.945,70
18	PET-TAC	148/23	09/06/2023	AOU CZ MATER DOMINI	€ 1.600.000,00	€ 226.462,83	€ 401.821,82	€ 2.116.870,43	€ 111.414,22	€ 2.228.284,65
19	TAC	149/23	09/06/2023	P.O. RIUNITI RC	€ 1.100.000,00	€ 404.199,88	€ 316.753,82	€ 1.729.888,92	€ 91.046,78	€ 1.820.953,70
20	TAC	162/23	15/06/2023	P.O. RIUNITI RC	€ 450.000,00	€ 77.111,13	€ 118.231,53	€ 613.075,53	€ 32.267,13	€ 645.342,66
21	Mammografo	184/23	27/06/2023	CDS S. MARCO ARGENTANO	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
22	Mammografo	185/23	27/06/2023	P.O. TREBISACCE	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
23	Angiografo	219/23	08/08/2023	G.O.M. REGGIO CALABRIA	€ 270.000,00	€ 361.296,24	€ 91.735,16	€ 686.879,83	€ 36.151,57	€ 723.031,40
24	Angiografo	220/23	08/08/2023	G.O.M. REGGIO CALABRIA	€ 270.000,00	€ 306.750,24	€ 91.735,16	€ 635.061,13	€ 33.424,27	€ 668.485,40
25	Angiografo	221/23	08/08/2023	G.O.M. REGGIO CALABRIA	€ 270.000,00	€ 306.750,24	€ 91.735,16	€ 635.061,13	€ 33.424,27	€ 668.485,40
26	Risonanza RNM	227/23	16/08/2023	G.O.M. REGGIO CALABRIA	€ 1.250.000,00	€ 1.093.629,89	€ 313.923,30	€ 2.524.675,53	€ 132.877,66	€ 2.657.553,19
27	Mammografo	247/23	25/09/2023	ASP CS - C.S.O. CAMPER	€ 220.000,00	€ 31.138,64	€ 55.250,50	€ 291.069,68	€ 15.319,46	€ 306.389,14
				TOTALE alla data del 25 settembre 2023	**€ 15.129.041,22**	**€ 5.456.173,86**	**€ 4.056.143,35**	**€ 23.413.273,40**	**€ 1.232.067,03**	**€ 24.641.358,43**

Aziende	Presidi Ospedalieri	Posti letto TI	Posti letto T-SI	Interventi PS	Ambulanze
ASP CS	Castrovillari	8	8	1	3
	Rossano	6	10	1	
	Corigliano	---	---	1	
	Paola	4	---	1	
	Cetraro	---	8	1	
ASP KR	Crotone	3	8	1	---
ASP CZ	Lamezia Terme	6	8	1	3
	Soverato	---	---	2	
ASP VV	Vibo Valentia	6	3	1	---
ASP RC	Locri	8	4	1	3
	Polistena	6	6	1	
	Melito Porto Salvo	---	---	1	
	Gioia Tauro	---	---	1	
AO CS	"Annunziata" - Cosenza	34	28	2	---
AO CZ	"Pugliese" - Catanzaro	15	15	1	---
AOU CZ	"Policlinico Universitario" - Catanzaro	18	11	---	---
GOM RC	PO "Riuniti" - ReggioCalabria	20	27	1	---
	Totale	**134**	**136**	**18**	**9**

Pochissimi sono stati gli interventi effettuati sui pronto soccorsi per i quali gli interventi programmati sono riportati nella tabella precedente.

INTERVENTI SU PRONTO SOCCORSO

AZ.	STRUTTURA	TIPOLOGIA	LAVORI	ATTREZZAT.	ALTRO	IVA	TOTALE (€)
ASP CS	P.O. CASTROVILLARI	Intervento. su strutt.. Esistente	184.730,00	33.930.00	19.302,40	25.937,60	***263.900,00***
	P.O. CORIGLIANO	Intervento. su strutt.. Esistente	101.790,00	22.620,00	7.464,50	15.155,40	***147.030,00***
	P.O. ROSSANO	Intervento. su strutt.. Esistente	252.900,00	60.320,00	25.560,60	38.529,40	***377.000,00***
	P.O. PAOLA	Intervento. su strutt.. Esistente	241.548,74	97.750,07	18.739,89	49.121,30	***407.160,00***
	P.O. CETRARO	Intervento. su strutt.. Esistente	184.730,00	33.930,00	19.302,40	25.937,60	***263.900,00***
ASP KR	P.O. SAN GIOVANNI	Nuova Costruzione	359.658,00	398.121,43	167.787,71	166.711,47	***1.092.278,61***
ASP CZ	P.O. SOVERATO	Nuova Costruzione	113.100,00	-	14.386,32	13.298,75	***140.785,07***
	P.O. SOVERATO	Intervento. su strutt.. Esistente	75.400,00	37.700,00	9.590,88	17.159,83	***139.850,71***
	P.O. LAMEZIA	Nuova Costruzione	784.160,00	94250,00	99.745,15	112.938,67	***1.091.094,82***
ASP VV	P.O. JAZZOLINO	Intervento. su strutt.. Esistente	41.847,00	124.410,00	-	31.544,90	***197.811,90***
ASP RC	P.O. LOCRI	Intervento. su strutt.. Esistente	178.622,60	245.050,00	26.999,14	71.773,26	***522.445,00***
	P.O. POLISTENA	Intervento. su strutt.. Esistente	205.804,30	245.050,00	74.491,43	32.614,27	***557.960,00***
	P.O. MELITO P.SALVO	Intervento. su strutt.. Esistente	368.894,60	245.050,00	56.795,05	90.800,45	***761.540,00***
	P.O. GIOUIA TAURO	Intervento. su strutt.. Esistente	160.177,88	245.050,00	24.368.34	69.928,79	***499.525,01***
AO CS	A.O. ANNUNZIATA	Intervento. su strutt.. Esistente	480.245,22	-	-	49.720,86	***529.966,08***
	A.O. ANNUNZIATA	Intervento. su strutt.. Esistente	1.473.300,23	-	-	147.330,02	***1.620.630,25***
AO CZ	A.O. PUGLIESE CIACCIO	Intervento. su strutt.. Esistente	169.650,00	56.550,00	21.579,48	32.389,13	***280.168,61***
AO RC	GOM RC	Intervento. su strutt.. Esistente	295.945,00	-	23.675,60	29594,50	***349.215,10***
		TOTALE €	**5.672543.57**	**1.939.781,50**	**609.791,89**	**1.020.496,20**	**9.242.261,16**

L'attuazione dei suddetti interventi per le TI e SI oltreché dei PS sarebbe di competenza del Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, ai sensi del comma 11 dell'art. 2 del DL 34/2020, nell'ambito dei poteri conferitigli dall'art. 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

5. INVESTIMENTI di cui al documento programmatico approvato con DCA n. 124 del 29/09/2019.
Ai fini della stipula di un Accordo di Programma, ai sensi dell'art. 5bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., con DCA n. 124 del 20/09/2019 è stato approvato il Documento Programmatico che costituisce il documento principale attraverso cui la Regione Calabria definisce le strategie e individua gli obiettivi generali e specifici degli investimenti che si intendono attivare.

Sono da segnalare ed evidenziare i ritardi che già si registrano rispetto alle stesse previsioni del Programma Operativo Regionale 2022/25 per ciò che attiene agli investimenti di cui al documento programmatico in parola comprendenti un 1° Stralcio attuativo (interventi per circa 466 milioni di €) e un 2° stralcio programmatico (interventi per 235 milioni di €).

Primo stralcio Attuativo						
Cod. int.	**Intervento**	**Importo totale intervento (Euro)**	**Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)**	**Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)**	**Fondi Regionali (Euro)**	**Fondi da risorse private (PPP) (Euro)**
ST1-AD1	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotone	***25.000.000,00***	23.750.000,00	---------	1.250.000,00	---------
ST1-AD2	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme	***20.000.000,00***	19.000.000,00	---------	1.000.000,00	---------
ST1-NO3	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza	***375.000.000,00***	174.705.000,00	---------	9.195.000,00	191.100.000,00
ST1-CS4	Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza	***45.000.000,00***	20.900.000,00	---------	1.100.000,00	23.000.000,00
ST1-PT5	Potenziamento tecnologico del GOM di Reggio Calabria. Acquisto e installazione di un angiografo biplanare.	***1.570.804,41***	1.492.264,19	---------	78.540,22	---------
	Totale primo stralcio	**466.570.804,41**	**239.847.264,19**	**0,00**	**12.623.540,22**	**214.100.000,00**

Attività di programmazione del primo stralcio attuativo

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Aggiornamento Documento Programmatico	DCA approvazione	Settembre 2022
2	Istruttoria da parte del Nucleo di Valutazione degli investimenti pubblici in sanità e del Ministero della Salute ed eventuale aggiornamento del Documento Programmatico	Parere del Nucleo di Valutazione	Dicembre 2022
3	Istruttoria da parte del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni	Pareri del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni	Marzo 2023
4	Sottoscrizione dell'Accodo di Programma da parte della Regione Calabria con i Ministeri competenti	DGR e/o DCA di recepimento dell'AdP	Luglio 2023
5	Avvio delle progettazioni degli interventi ai fini dell'ammissionea finanziamento, previo espletamento delle relative gare	Contratti di progettazione	Marzo 2024

Secondo stralcio Programmatico						
Cod. int.	**Intervento**	**Importo totale intervento (Euro)**	**Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)**	**Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)**	**Fondi Regionali (Euro)**	**Fondi da risorse private (PPP) (Euro)**
ST2-NO6	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro	***170.000.000,00***	48.555.468,37	17.571.984,68	17.072.546,95	86.800.000,00
ST2-CS7	Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro	***40.000.000,00***	10.000.000,00	---------	30.000.000,00	---------
ST2-AD8	Adeguamento funzionaleed impiantistico plesso Mater Domini	***25.000.000,00***	10.000.000,00	---------	15.000.000,00	---------
	Totale secondo stralcio	**235.000.000,00**	**68.555.468,37**	**17.571.984,68**	**62.072.546,95**	**86.800.000,00**

6. PROGRAMMA DI INVESTIMENTI DEL PNRR Missione 6 – Componenti 1 e 2

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in particolare, alla Missione 6 - Componente 1:

- l'Investimento 1.1 "Casa della Comunità e presa in carico della persona";
- l'Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura", (Sub-Investimento 1.2.2 COT);
- l'Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)".

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell'ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l'elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 1, la realizzazione di:

- 61 Case della Comunità (5 di nuova edificazione e 56 edifici da ristrutturare);
- 21 Centrali Operative (COT);
- 5 interventi di interconnessione con le COT;
- 5 interventi per device COT;
- 20 Ospedali di Comunità;
- Interventi di informatizzazione e digitalizzazione DEA di 1° e 2° livello;
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero mediante la fornitura ed installazione di Grandi Apparecchiature Sanitarie (*286 Ecotomografi, 76 Sistemi radiologici fissi, 3 Angiografi, 12 Mammografi, 2 Risonanze magnetiche nucleari, 9 TAC, 1 Gamma Camera, 1 Acceleratore nucleare*);
- 6 interventi strutturali Verso un Ospedale sicuro e sostenibile.

Lo stato di attuazione desumibile dall'ultima relazione mensile di monitoraggio sulle linee di intervento della "missione 6" (*prevalidazione sul sistema REGIS*), pur apparendo recuperabile in quanto, quasi sempre, le negatività riscontrate riguardano la circostanza che il quadro economico, il piano dei costi ed finanziamenti disponibili non sono tra loro coerenti, non garantisce al momento una tranquilla navigazione per portare in porto gli interventi programmati e rende necessaria una accelerazione delle procedure.

Il monitoraggio del mese di agosto evidenzia trascurabili miglioramenti della situazione rispetto al monitoraggio del mese precedente consistenti nell'avvio di 3 nuove procedure per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero e nell'avvio di una nuova procedura per la componente M6 C2-1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile". Il resto è rimasto immutato.

Permangono dunque criticità significative con le Case della Comunità per 41 casi su 61 totali, con gli Ospedali di Comunità per 11 casi su 20 totali e per gli interventi verso un ospedale sicuro e sostenibile in 3 casi su 6 totali.

MONITORAGGIO SISTEMA ReGIS - MESE DI AGOSTO 2023

ATTIVITA'	MESE DI MONITORAGGIO	PNRR M6 C1-1.1 CdC	PNRR M6 C1-1.2.2.1 COT	PNRR M6 C1-1.2.2.2 INTECONNESSIONI AZIENDALI	PNRR M6 C1-1.2.2.3 DEVICE	PNRR M6 C1-1.3 OdC	PNRR M6 C2-1.1.1.1 AMMODERNAMENTO PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE DEA 1° e 2° Livello	PNRR M6 C2-1.1.2 AMMODERNAMENTO PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO	PNRR M6 C2-1.2 VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE
Previste da programmazione CIS		61	21	5	5	20	11	286	6
Totale progettualità su ReGIS		61	21	5	5	20	11	286	6
Avviate	ago-23	61	21	5	5	20	11	233	6
Prevalidate su ReGIS con esito positivo (OK)	ago-23	20	19	5	5	9	11	286	3
Prevalidate con esito positivo con criticità (OK con criticità)	ago-23	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevalidate su ReGIS con esito negaitivo (KO)	ago-23	41	2	0	0	11	0	0	3

PROPOSTA OPERATIVA DI COMUNITÀ COMPETENTE

La proposta che si ritiene di dover consegnare al Commissario ad acta per il Piano di Rientro imposto alla sanità calabrese ormai da 13 anni, che varrebbe anche nell'auspicata conclusione della penalizzante procedura, è quella di un consistente irrobustimento della struttura regionale U.O.A. "INVESTIMENTI SANITARI" attualmente gestita dai 2 Settori:
Settore 1 - Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici;
Settore 2 - Monitoraggio ed attuazione Investimenti PNRR.

La declaratoria dei processi presidiati dalle 3 unità operative del Settore 1 non appare coerente con le risorse umane assegnate alle stesse unità operative e determina, ad avviso di Comunità Competente, la sostanziale impossibilità di far fronte alla mole di lavoro da affrontare, generando ritardi esecutivi i cui effetti diventano penalizzanti, anche in termini finanziari con riflessi negativi di gran lunga superiori ai risparmi derivanti dal numero ridotto di addetti.
Con una struttura regionale adeguata si eviterebbe il ricorso ormai generalizzato alle strutture di Invitalia per il supporto alle gare per servizi di ingegneria e potrebbero essere concentrate nella stessa struttura rafforzata anche le attività connesse alle fasi di progettazione, direzione lavori e collaudo più rilevanti in ambito regionale. In passato, così come sta accadendo ora per Invitalia, si sono utilizzate con risultati non certo brillanti anche strutture tecnico-amministrative di altre regioni per supportare le deficienze strutturali della Regione Calabria (*Vedi Infrastrutture Lombarde SpA, ora confluita in ARIA SpA, per i grandi Ospedali dell'accordo integrativo del 2007*) ostacolando di fatto il vantaggio di costruire nel tempo un patrimonio di professionalità regionale all'altezza di quello delle regioni più virtuose.
Nella struttura regionale che si prospetta troverebbero spazio operativo anche le declaratorie dei processi attualmente presidiati dalle 2 unità operative del Settore 2. Nel contempo la creazione di una struttura regionale del tipo di quella prefigurata libererebbe le unità operative aziendali dai gravosi compiti che spesso vengono loro assegnati quali soggetti attuatori di importanti investimenti edilizi, impiantistici e tecnologici favorendo la concentrazione delle loro attività solo ed esclusivamente sulla manutenzione ordinaria spesso trascurata. Diventerebbe anche più agevole assicurare la continuità dell'indispensabile attività di aggiornamento professionale.

Per quel che finora è stato reso noto, anche con l'entrata a regime di Azienda Zero per il governo della sanità calabrese attraverso una Gestione Sanitaria Accentrata le diverse Strutture Complesse programmate per la gestione delle procedure di settore appaiono sottodimensionate.

Comunità Competente già nel mese di febbraio 2022 aveva proposto, inascoltata, il potenziamento del Settori 1 e 2. Non è più il tempo di attendere. È necessario fare presto!

Le indispensabili "Case della Comunità" da creare in Calabria

Giacomo Panizza – *Comunità Progetto Sud*

Le Case della Comunità sono state proposte dall'Italia all'UE durante la recrudescenza del Covid-19; da qui vennero inserite nel PNRR, Missione 6C1: "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*". Da questa circostanza, la Regione Calabria elaborò un piano territoriale prevedendo interventi in luoghi adatti a restaurare o costruire strutture per servizi mancanti in Calabria, relativi in particolare alla sanità territoriale, quali le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) da diffondere nelle 5 Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).

Le deliberazioni regionali situano le Case della Comunità in vari luoghi tra loro differenti della regione, tenendo presente l'attendibile bisogno di interventi sanitari e non solo, perché esse hanno una missione sociale, e anche partecipativa. Per rispondere adeguatamente al fabbisogno di servizi territoriali delle popolazioni, intese come comunità locali, diventa necessario **prevedere degli sforzi ulteriori alla consueta costruzione di strutture** in ambiti esclusivamente sanitari, perché trattasi di presìdi e servizi a vocazione più ampia e corresponsabile, e niente affatto solo prestazionistici.

Proprio la finalità delle Case della Comunità implica l'impegno di soggetti oltre al personale medico di cura, ovvero altro personale da impiegare per attendere agli aspetti sociali, alla prevenzione e alla riabilitazione, per i collegamenti con il territorio e il lavoro esistente o mancante, la vivibilità ambientale, gli eventuali problemi causati da tutto quanto richiami i determinanti sociali e politici della salute.

Al riguardo, riporto parte di una dichiarazione elaborata in seno alla presidenza della Associazione "**Prima la Comunità**", ente di enti e singoli esperti sorto con la *mission* di far istituire e far diffondere le Case della Comunità in Italia, superando le logiche e le pratiche d'intervento delle precedenti Case della Salute.

«*Nell'attuale momento politico, nel quale si sta disinvestendo sul welfare e sul servizio sanitario pubblico, abbiamo più volte sentito esponenti di governo che più o meno esplicitamente dimostrano una volontà contraria alla realizzazione delle Case della Comunità, pur essendo queste un elemento qualificante della Missione 6 del PNRR.*

Ci si è dimenticati che la salute è qualcosa di diverso dalla sanità: la pandemia ci ha detto che la salute è un progetto e un disegno da costruire dentro la comunità con un patto sociale che ha bisogno di tutti e ha la sua rappresentazione nella coesione e nella solidarietà. Se la salute è tutto ciò, la sanità come disegno universale non si può salvare da sola. Finanziarla adeguatamente è necessario ma va accompagnata con una diversa visione che includa tutti i determinanti di salute.

Dall'altra parte, laddove, con dichiarazioni roboanti, si annunciano realizzazioni di Case della Comunità a raffica, verifichiamo poi che nella sostanza è stata sostituita la targa del "Poliambulatorio" o quella di "Case della Salute" con quella di "Casa della Comunità": dentro tutto come prima.

La casa della comunità non è una questione di ingegneria organizzativa e né tantomeno di bricolage organizzativo o nominalistico e non è una questione esclusivamente sanitaria. Senza una nuova cultura, senza un salto di paradigma "dalla sanità alla salute", possibile solo con la realizzazione piena delle Case della Comunità, nessun cambiamento si verificherà e tutte le criticità del sistema rimarranno inalterate, o peggioreranno, anche in presenza di nuove aggiuntive risorse di soldi personale (cosa assolutamente necessaria ma non sufficiente come ci dimostra la storia).

Cosa significa, quali requisiti caratterizzano la realizzazione piena delle Case della Comunità?

Cito per punti schematici:

** Una visione della salute, terreno di lotta alle diseguaglianze, nella quale tutti determinanti sociali, educativi, culturali, economici, ambientali contribuiscono al benessere delle persone e delle comunità.*

** La salute come benessere nasce e cresce nel sistema delle relazioni comunitarie a partire da coloro che sono più svantaggiati (dalla malattia, dalla solitudine, dalla povertà economica - che spesso si accompagna ad altre povertà come quella educativa, abitativa, culturale – dalla assenza di occupazione).*

** Un Distretto socio-sanitario forte (da lì parte l'integrazione sociale e sanitaria).*

** Un ruolo non di secondo piano degli Enti Locali (parliamo di Comunità e di territorio).*

** Partire dai bisogni e non dai servizi, dai contesti di vita e non dalle Istituzioni perché queste sono validate dalle comunità, dalle relazioni e dalla responsabilità sociale di ciascuno e non tanto dalle prestazioni. Perché il sistema di welfare nelle sue diverse componenti è prima di tutto un patto sociale e non una somma di prestazioni.*

** Andare verso e cercare chi non arriva: per partire dagli ultimi, serve una epidemiologia di cittadinanza e non una stratificazione di bisogni che rischiano di fotografare la domanda, occorre invece saper cogliere davvero i diritti negati – quelli che non hanno voce - perché il contesto non li prevede, solo così si può intraprendere concretamente la lotta alle diseguaglianze.*

** Sviluppare una visione condivisa di salute: la Comunità elabora con i professionisti il proprio profilo di salute.*

** Il protagonismo delle persone: inclusione sociale nelle relazioni di cura.*

** Il protagonismo della Comunità: dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali e di erogazione dei servizi.*
Il tutto da costruire con le persone - i professionisti, i cittadini, le diverse Istituzioni –. Basti pensare alla questione della salute mentale con la sua complessità e le sue ambiguità che emergono ogniqualvolta ci si presentano situazioni tragiche o comunque critiche. Le risposte vanno costruite dentro il sistema comunitario, dando alle diverse strutture che proteggono le persone fragili una loro identità da costruire nel sistema dell'offerta.
La casa della Comunità può essere un luogo che opera sintesi, garantisce rispetto al lavoro professionale sia come dimensione tecnica per i diversi saperi che si incontrano sia per la sicurezza, favorisce la responsabilità sia di ogni cittadino che quella della Comunità anche nelle sue espressioni organizzate formali o meno. È una questione valoriale innanzitutto per la dignità di ogni persona ma è anche una premessa necessaria per ricostruire le reti di reciprocità».

L'investimento del PNRR «finanzia la realizzazione di luoghi fisici di prossimità e facile individuazione dove la comunità locale può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale».

Diviene importante sollecitare questa scommessa in Calabria?
Possiamo **incalzare le nostre ASP** a svolgere compiti inediti attraverso modalità organizzative innovative, seppur finora poco ricercate?
Questi nuovi impegni e gli uniti saperi, - di saper fare e collaborare - sono "i" modi ordinari di usare i fondi del PNRR, in cui l'ultima "R" di resilienza non va intesa come un mero ritorno a *come* eravamo prima della pandemia, ma a **come dobbiamo trasformarci** per diventare noi, persone, società e istituzioni, più capaci di futuro e di salute!
La scommessa dell'utilizzo dei fondi del PNRR non richiede solo che questi vengano solo spesi, ma impiegati coinvolgendosi con altri soggetti, singoli e istituzioni, purtroppo spesso poco avvezzi a prevedere e a gestire interventi integrati e complessi con lo scopo di corredare la Calabria di abilità utili a risolvere per davvero la "questione salute".
La scommessa del Piano Nazionale di Riprese e Resilienza è caratterizzata come *Next Gereration Italia*, perché è diretta, in una visione di insieme, ad apportare miglioramenti al presente e al futuro delle nuove generazioni, con un impatto positivo sulle priorità trasversali quali: donne, giovani e Sud.

L'obiettivo di rigenerare salute sui vari territori, tira in ballo le Istituzioni unitamente alle rispettive comunità locali, il Terzo settore, e le risorse economiche e strumentali previste.
Si capisce che dei territori eterogenei richiederanno differenziate Case della Comunità, aperte, non in fotocopia sui territori ma corrispondenti ai bisogni e potenziando sia i pochi servizi che i fragili sistemi organizzativi esistenti, compresi altri aspetti tra i quali le distanze dei tragitti e i tempi di percorrenza per curve e pericoli.
Nei vari dibattiti e nelle proposte dei **decisori politici** la teoria delle Case della Comunità non viene contestata, ma è come se fosse dimenticata. In più, si affaccia chi propone di trasferire altrove i fondi previsti dal "PNRR Missione 5 e 6", posti sul tempo congruo di 6 anni.

L'assenza di dibattito preoccupa. A luglio 2023 al governo si parlava di diminuire di 1/3 le 1.228 Case della Comunità, evitando di aprirne una ogni 50.000 abitanti per come previsto nel PNRR, ma una ogni 75.000, senza nemmeno stabilire con quali criteri tagliare e nemmeno quali priorità.
In questo, per la Calabria, diventa vitale conoscere se porteranno avanti quelle già iniziate nel Paese (al Nord) o se si interverrà dove esiste quasi nulla (al Sud). Tardi ravviseremo la politica sottostante al balletto di investimento e di disinvestimento, se causata da fattori politici o di quali giusti o ingiusti interessi, e quale cultura della salute vincerà: se quella del *curare* o del *prendersi cura*.

Alla Missione 6, la Componente strategica relativa al *Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale*, l'Investimento sulle *Case della Comunità e presa in carico della persona* (punto 1.1), rimarca che queste diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici.
Nella CdC «sarà presente il Punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La CdC sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.
La presenza degli assistenti sociali nelle CdC rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale».

Nondimeno, si profilano avvisaglie di serie complicazioni a causa: di chi preannuncia spostamenti di fondi su servizi ulteriori; di chi propone di attivare le Case della Comunità eroganti servizi territoriali solo sanitari; di chi punta a erigere nuovi ambulatoriali medici partendo dal fatto che sono carenti sul territorio.
Sussiste anche la proposta di legge "*Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria*", che ipotizza di usare i fondi "per servizi territoriali gestori di prestazioni sanitarie" (Maria Cristina Cantù, 2022).

Una Proposta a/da Comunità Competente?

Noi soci di Comunità Competente partecipiamo a numerosi incontri e dibattiti sulla salute in Calabria e oltre. Ci rendiamo conto che gli sforzi locali, nazionali ed europei relativi alle Case della Comunità si attardano tra spiegazioni, delibere e burocrazie entrando faticosamente sui temi della programmazione efficace, forse anche perché su questo è carente proprio la chiara informazione. In Calabria, ci capita di incontrare perfino addetti ai lavori che, dopo tre anni che se ne parla, confondono le innovative Case

della Comunità stabilite dal PNRR con le vecchie e mai realizzate Case della Salute.
Abbiamo finanche decisori politici "faciloni" che escogitano di erigere o di ammodernare strutture varie, come poliambulatori fermi e altro, utilizzando i fondi residui del noto "Articolo 20" di una finanziaria di 40 anni fa.

Nel Paese, oltre che in Calabria, a causa di un welfare mai portato a sistema, le mobilitazioni "dal basso" rischiano di ridursi a lotte per il mantenimento dei pochi servizi a rischio di scomparire. Si tratta di lotte difensive che non possono supplire a una sanità che non produce salute. Invece sarebbe ora di smettere con una salute *offerta*, costosa e commissariata, per buttarsi invece a re-immaginare un futuro capace di proposte concrete in cui la salute viene *domandata* dalle persone e dalle comunità.

In Calabria, le Case della Comunità sono in modo sbagliato percepite a mo' di rilancio delle mai nate Case della Salute. Diviene fondamentale descrivere precisamente le differenze sostanziali esistenti tra le Case della *Salute* e le Case della *Comunità* le quali si ispirano a un paradigma di **salute territoriale e comunitaria** diverso e migliorativo perché aperto, olistico, non esclusivamente sanitario.

Accanto a un disegno strutturale delle Case della Comunità ci vogliono dei soggetti "forti", visibili e credibili, e capaci di promuovere la salute delle persone e dei territori, una salute a compresenza di servizi sanitari e sociali **innanzitutto partecipati**. Iniziando da sindaci e sindache, i comuni (e non le Aziende sanitarie) sono gli Enti democratici legittimati e obbligati alla tutela della libera partecipazione della cittadinanza alla promozione della salute individuale e pubblica. Serve un "giusto" ritorno alla politica, affinché le comunità calabresi possano potersi servire dei servizi.
Dobbiamo favorire interventi e servizi efficienti ed efficaci nelle città fino alle aree disagiate e periferiche.

CASA DELLA COMUNITA'

PROPOSTA DEL PNRR	PROPOSTA DELL'ASS. "PRIMA LA COMUNITÀ"
"La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di MMG e PDLS, Medici specialisti, infermieri ci comunità e potrà ospitare anche assistenti sociali …. " *(quell'**anche** ci dice che seppure tutti siamo d'accordo da diversi anni sulla integrazione socio-sanitaria non abbiamo tanta voglia di realizzarla come non l'abbiamo realizzata fino ad ora: anche qui non c'è niente di nuovo però dovrebbe essere il momento di provarci per davvero)*	Aspiriamo a una Casa della Comunità che, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, diventi luogo dove far convogliare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza socialmente rilevante che è fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e connessione auto -organizzata ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro modo di concepire il welfare sia possibile". *La Casa della Comunità è dunque pensata per raccogliere la sfida di rappresentare il punto d'incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per la salute globalmente. I "In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale".(Sito ministero)*

Insomma: *smart land* oltre le valide *smart city*.

C'è bisogno di consapevolezza e di ascolto della scienza e degli addetti ai lavori, per intendere la salute per come raccomandata dall'OMS e a ragion veduta ripresa dall'ANCI in un prezioso *Manifesto* (riportato nelle pagine seguenti) che pone alla base la **salute come bene comune**.

«La salute non risulta essere più solo un "bene individuale" ma un "bene comune" che chiama tutti i cittadini all'etica e all'osservanza delle regole di convivenza civile, a comportamenti virtuosi basati sul rispetto reciproco. Il bene comune è dunque un obiettivo da perseguire sia da parte dei cittadini, sia dei sindaci e degli amministratori locali che devono proporsi come garanti di una sanità equa, facendo sì che la salute della collettività sia considerata un investimento e non solo un costo».

Le Case della Salute riprendono il paradigma di *salute come bene comune*. Questo quadro di valori e principi operativi **chiede a Comunità Competente un impegno** a far decollare il programma delle Case della Comunità in Calabria.
Finiti i dibattiti obbligati al tempo del Covid-19, ottenute le delibere con sostegni e fondi sicuri, oggi emergono confusioni e ostacoli che rischiano di riportare la salute pubblica da *bene* comune a *merce* fruibile sul libero mercato, *libero* soltanto da chi la potrà pagare comprandola.

La proposta di far nascere le 61 Case della Comunità previste sui territori della Regione Calabria viene rivolta *in primis* ai raggruppamenti e alle persone esperte socie di Comunità Competente, disponibili ad allearsi con altre associazioni note per essere in sintonia con la filosofia richiamante la **salute come bene comune non mercantile**. Proprio su questo tema specifico, propongo di rafforzare i contatti e le collaborazioni con l'**Associazione Prima la Comunità**, con la quale alcuni di noi ci siamo trovati più volte ad approfondire questo "caldo" argomento.

In questo senso, guardando in avanti, ritengo importante costituire un "**gruppo di lavoro interno** a comunità Competente" con il mandato di ideare e sperimentare tutto ciò che potrà essere utile e consentito, finalizzato a **ben avviare le Case della Comunità** anche nella nostra Calabria, in parallelo a quanto si va realizzando al meglio nei contesti della Sanità italiana e mondiale.

icom
istituto per la competitività

HCI
HEALTH CITY INSTITUTE
Improve quality of life in cities

MANIFESTO
LA SALUTE NELLE CITTÀ: BENE COMUNE

Con il patrocinio di

anci

FEDER SANITÀ anci

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

cities changing diabetes

SALUTE NELLE CITTÀ: BENE COMUNE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1948 definiva la salute come "**...uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale** e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità" e invitava i governi ad adoperarsi responsabilmente, attraverso un programma di educazione alla salute, al fine di promuovere uno stile di vita sano e di garantire ai cittadini un alto livello di benessere.

Questo **nuovo concetto di salute**, dunque, non si riferisce meramente alla sopravvivenza fisica o all'assenza di malattia ma si amplia, comprendendo gli aspetti psicologici, le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale. Nel considerare ciò non è più possibile trascurare il ruolo delle città come promotrici di salute.

A tal proposito l'OMS ha coniato il termine "**healthy city**", che non descrive una città che ha raggiunto un particolare livello di salute pubblica, piuttosto una città che è conscia dell'importanza della salute come bene collettivo e che, quindi, mette in atto delle politiche chiare per tutelarla e migliorarla.

La salute non risulta essere più solo un "bene individuale" ma un "**bene comune**" che chiama tutti i cittadini **all'etica e all'osservanza delle regole** di convivenza civile, a comportamenti virtuosi basati sul rispetto reciproco.

Il bene comune è dunque un obiettivo da perseguire sia da parte dei cittadini, sia dei sindaci e degli amministratori locali che devono proporsi come garanti di una sanità equa, facendo sì che la salute della collettività sia considerata un investimento e non solo un costo.

L'organizzazione della città e, più in generale, dei contesti sociali e ambientali, **è in grado di condizionare e modificare i bisogni emergenti, gli stili di vita** e le aspettative dell'individuo, fattori che dovrebbero, dunque, essere considerati nella definizione ed orientamento delle politiche pubbliche.

Si stima che nei prossimi decenni la popolazione urbana rappresenterà il **70% della popolazione globale**. In Italia il 37% della popolazione risiede nelle 14 Città Metropolitane e il tema della salute sta diventando una priorità di azione amministrativa da parte dei Sindaci.
L'urbanizzazione e la configurazione attuale delle città offrono per la salute pubblica e individuale tanti rischi quante opportunità. Se le città sono pianificate, ben organizzate e amministrate coscientemente, le opportunità possono superare i rischi.

Già la **1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute**, riunita a **Ottawa** il 21 novembre 1986, invitava i vari livelli di governo (sovranazionale, nazionale, territoriale) ad intervenire a supporto di strategie e programmi di promozione della salute nei diversi paesi, nella consapevolezza che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti e non solo dei sistemi sanitari.

Attualmente i problemi più critici possono essere compresi e risolti solo se si effettua un'**analisi dei determinanti sociali, economici e ambientali e dei fattori** di rischio che hanno un impatto sulla salute. Il rapporto tra salute, qualità della vita e ambiente è ormai un tema di centrale interesse per le scienze sociali, ambientali e mediche. L'aumento a livello globale dell'incidenza di malattie non trasmissibili quali il diabete è infatti da attribuire ai maggiori livelli di urbanizzazione, all'invecchiamento della popolazione, agli stili di vita più sedentari e alle diete non salutari.

Gli obiettivi di sviluppo sostenibile legati alla salute sono una priorità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che li ha inserti nell'Agenda 2014-2019.

Oggi, bisogna chiedersi: nei prossimi decenni che aspetto avrà il Pianeta Terra? Sarà in grado di sostenere un incremento di oltre due miliardi di abitanti? Le nostre città come si evolveranno? I governi saranno in grado di rispondere alla crescente domanda di salute?

Partendo dal presupposto che i margini di azione esistono e che il futuro non è già stato stabilito, occorre avere un approccio integrato per affrontare i problemi di salute pubblica.

La città può offrire grandi opportunità di integrazione tra servizi sanitari, servizi sociali, servizi culturali e ricreativi. Il futuro della sostenibilità dei sistemi sanitari nel mondo non può, però, prescindere dallo studio dei determinati della salute nelle grandi città.

1 Ogni cittadino ha diritto ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane

Migliorare la qualità dell'ambiente urbano è uno dei principali obiettivi delle Istituzioni Internazionali (come l'Unione Europea), che stabiliscono misure di cooperazione e linee direttive, rivolte agli Stati membri e alle autorità locali, per rendere le città luoghi di vita, lavoro e investimento più attraenti e più sani. In Italia alcuni standard normativi per la protezione della salute umana non sono ancora rispettati in un largo numero di aree urbane.

- Il miglioramento del contesto urbano deve essere l'obiettivo prioritario delle amministrazioni locali ed i cittadini devono essere coinvolti attivamente nelle scelte politiche;
- Le amministrazioni devono impegnarsi nella promozione della salute dei cittadini studiando e monitorando i determinanti della salute specifici del proprio contesto urbano, facendo leva sui punti di forza delle città e riducendo drasticamente i rischi per la salute;
- Prevedere modalità di partenariato pubblico – privato per la realizzazione delle politiche.

2 Assicurare un alto livello di alfabetizzazione e di accessibilità all'informazione sanitaria per tutti i cittadini, aumentando il grado di autoconsapevolezza

L'alfabetizzazione sanitaria (*Health Literacy*) è "la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere a servizi necessari per effettuare scelte consapevoli". Non tutti i cittadini però hanno lo stesso livello di alfabetizzazione sanitaria e ciò crea disuguaglianze.

- Promuovere percorsi formativi a livello regionale o locale indirizzati agli operatori sanitari e alle associazioni dei pazienti per permettere loro di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile ed efficace;
- Permettere ai cittadini, ai pazienti e alle loro associazioni di comunicare agevolmente e tempestivamente con il sistema sanitario, potendo trovare, comprendere e valutare le informazioni di volta in volta più appropriate per soddisfare i propri bisogni assistenziali, anche attraverso lo sfruttamento delle potenzialità offerte dalle tecnologie digitali.

3 Inserire l'educazione sanitaria in tutti i programmi scolastici, con particolare riferimento ai rischi per la salute nel contesto urbano

L'educazione sanitaria è uno strumento fondamentale nella promozione alla salute ed è fattore cruciale per il miglioramento dello stato di salute della popolazione. Tuttavia, ancora non riceve la giusta attenzione. Numerosi studi evidenziano come un'educazione alla salute svolta nelle scuole risulti efficace nel ridurre la prevalenza di comportamenti rischiosi per la salute dei giovani. La scuola, più di qualsiasi altra istituzione, può aiutare a vivere in modo sano, contribuendo a far acquisire le conoscenze e le abilità necessarie ad evitare comportamenti rischiosi (alimentazione non salutare, attività fisica inadeguata, ecc.).

- Promuovere e consolidare la collaborazione tra il mondo sanitario, quello dell'istruzione e delle comunità locali;
- Realizzare una rete di operatori della salute di ASL e AO e docenti delle scuole al fine di definire precise linee di indirizzo per una corretta informazione sanitaria.

4 Incoraggiare stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie

La promozione della salute nei luoghi di lavoro rappresenta oggi una strategia di frontiera che tiene conto degli effetti sinergici, sulla salute umana, dei rischi legati agli stili di vita e dei rischi professionali. Essa è fortemente raccomandata rispetto a diverse problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo, attività motoria, corretta alimentazione.

- Diffondere in modo capillare buone pratiche per la promozione della salute nei luoghi di lavoro e rafforzare il sistema di incentivi rivolto alle imprese socialmente responsabili che investono in sicurezza e prevenzione;
- Introdurre strumenti atti al controllo del rispetto delle norme sulla sicurezza all'interno dei luoghi di lavoro, soprattutto relativamente alle caratteristiche degli ambienti: ergonomia delle postazioni, illuminazione, areazione.

5 Promuovere una cultura alimentare appropriata attraverso programmi dietetici mirati, prevenendo l'obesità

Una sana alimentazione, assieme all'attività fisica, ha un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'obesità. Secondo l'OMS l'obesità colpisce nel mondo quasi mezzo miliardo di persone e rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza delle malattie cardiovascolari, del diabete di tipo 2, di alcuni tumori, dell'artrosi, dell'osteoporosi.

- Delineare linee guida precise che tengano conto dei diversi contesti e dei diversi target della popolazione (es. menu scolastici e/o aziendali appropriati);
- Organizzare eventi divulgativi e progetti di educazione alimentare sul territorio;

6 Ampliare e migliorare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato la sedentarietà come una delle maggiori cause di malattie cardiovascolari, di diabete e di obesità. Inoltre, l'UE e più in generale i paesi avanzati, si trovano ad affrontare un rapido cambiamento della struttura demografica e devono affrontare le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sulle finanze pubbliche e sulle politiche di protezione sociale. Il prolungamento della vita attiva in vecchiaia deve contribuire ad affrontare tali sfide.

- Garantire a tutti i cittadini il libero accesso alle infrastrutture e agli spazi verdi, con particolare attenzione alle persone in difficoltà socio-economica secondo il principio dello "Sport di Cittadinanza";
- Ipotizzare nuove modalità di impiego e migliorare le condizioni lavorative dei lavoratori anziani per tutelare la solidarietà tra le generazioni, migliorando l'inclusione nelle città delle persone anziane e favorendo un invecchiamento attivo come previsto già nel 2012, anno europeo dell'invecchiamento attivo;
- Incentivare l'attività sportiva e motoria per i bambini e per i giovani anche tramite il coinvolgimento attivo delle famiglie.

7 Sviluppare politiche locali di trasporto urbano orientate alla sostenibilità ambientale e alla creazione di una vita salutare

Gli scarsi investimenti nei trasporti pubblici urbani e nelle infrastrutture che consentano modalità attive di trasporto (consentire di muoversi in sicurezza in bicicletta o a piedi) costituiscono una delle principali barriere nel promuovere efficacemente uno stile di vita sano e attivo. Il trasporto attivo comporta riduzione delle malattie respiratorie e cardiovascolari e incrementando l'attività fisica riduce il rischio di obesità, diabete, cancro e infarto.

- Incoraggiare l'utilizzo delle modalità attive di trasporto tramite l'apposita creazione di strade, piste ciclabili sicure e ben collegate, nonché un efficiente sistema di trasporto pubblico locale;
- Prevedere attività di sensibilizzazione dei cittadini verso scelte più efficienti (da un punto di vista economico, ambientale e di impatto sulla propria salute) di mobilità urbana.

8 Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle malattie croniche, trasmissibili e non trasmissibili

Le malattie non trasmissibili, soprattutto quelle cardiovascolari, il cancro, il diabete e i disturbi respiratori cronici, rappresentano oggi il principale rischio per la salute e lo sviluppo umano. Il piano d'azione dell'OMS evidenzia come sia indispensabile per lo sviluppo sociale ed economico di tutti i paesi, investire nella prevenzione di queste malattie, e come questa sia una responsabilità di tutti i governi. Inoltre, il contesto urbano deve dare un contributo importante a ridurre l'impatto delle malattie trasmissibili, promuovendo e incentivando i piani di vaccinazioni, le profilassi e i corretti stili di vita.

- Le amministrazioni comunali, in collaborazione con l'autorità sanitaria locale, possono promuovere programmi di informazione sulla prevenzione ad integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le malattie croniche trasmissibili e non trasmissibili;
- Le amministrazioni comunali possono studiare i contesti urbani più idonei ad avvicinare il cittadino nello svolgimento delle sue attività quotidiane (luoghi di cura, luoghi di lavoro, luoghi ricreativi, strutture sportive, luoghi virtuali come siti internet di riferimento delle amministrazioni stesse) in cui veicolare - attraverso materiale cartaceo o virtuale – messaggi chiave per la prevenzione.

9 Considerare la salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano

Il diritto all'istruzione e alla salute sono diritti fondamentali dell'individuo, costituzionalmente garantiti e devono essere assicurati indipendentemente dalle condizioni personali, sociali ed economiche o di qualunque altra natura. Il persistere di condizioni peggiori dello stato di salute in aree svantaggiate delle città o l'emarginazione sociale delle fasce di popolazione più debole o disagiata, se da un lato è la manifestazione dell'effetto della povertà e del disagio sociale, dall'altro mina la coesione sociale dell'intera popolazione.

- Adottare politiche tese a migliorare le condizioni sociali, economiche ed ambientali dei quartieri disagiati, sia con interventi "mean–tested", che con interventi volti a migliorare il contesto urbano di riferimento;
- Ogni città deve allinearsi agli standard più elevati di accessibilità e fruibilità dei servizi urbani per persone disabili, adeguando le infrastrutture sanitarie, la viabilità, l'accesso ai servizi pubblici di qualsiasi tipo;

- Promuovere misure economiche e sociali mirate a migliorare l'inclusione sociale di tutte le categorie di popolazione considerate svantaggiate per condizioni economico-sociali, o per condizioni di salute come malattia e disabilità, promuovendo la loro partecipazione anche nelle attività sportive e ricreative;
- Promuovere politiche di prevenzione e inserimento socio–sanitario per le popolazioni di migranti anche ricorrendo a figure di mediatori culturali.

10 Studiare e monitorare a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini, attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, Aziende sanitarie, Centri di ricerca, industria e professionisti

I determinanti della salute sono elementi di rischio, che interagiscono nell'impostare, mantenere e alterare le condizioni di salute dei cittadini nel corso della loro vita. Tali determinanti possono riguardare l'ambiente, gli stili di vita, le condizioni socio-economiche, la genetica o la possibilità di accedere ai servizi.

- Creare cabine di regia per lo studio e il monitoraggio dell'impatto dei determinanti della salute nel contesto urbano, prevedendo il coinvolgimento congiunto delle Amministrazioni Comunali, delle Autorità Sanitarie, delle Università e dei Centri di Ricerca;
- Promuovere *partnership multistakeholders* per dare vita a politiche urbane che, sulla base degli studi sull'impatto dei determinanti della salute nelle città, possano dare vita a interventi "intelligenti" volti a ridurre i rischi per la salute e a promuovere un ambiente urbano sano e inclusivo;
- Creare una conferenza permanente delle Aziende Ospedaliere delle Aree Metropolitane delegandole significative competenze e poteri decisionali in tema di pianificazione (piani obiettivo) e di erogazione di servizi sanitari ospedalieri.

HEALTH CITY *THINK TANK*

Health City Think Tank è uno spazio di studio e approfondimento e confronto, promosso dall'Health City Institute, in cui affrontare i temi relativi ai determinati della salute nelle città, che possa essere anticipatore e guida verso il coinvolgimento dell'Italia in iniziative internazionali e nazionali a livello parlamentare.
L'obiettivo è offrire alle Istituzioni e alle Amministrazioni locali un luogo e uno spunto di riflessione per il dibattito pubblico da poter trasformare in proposte concrete di policy, consentendo così alle città del mondo di aiutare le popolazioni ad adottare stili di vita che li rendano meno vulnerabili al diabete.
Il Think Tank ha costituito un Board of Expert of formato da esperti di diverse provenienze e trasversali alle varie discipline, incaricato di discutere il primo Manifesto per la Salute Urbana in Italia. Gli approfondimenti di Health City Think Tank riguardano la globalizzazione della salute, i determinanti della salute nelle città metropolitane e nelle grandi città, l'invecchiamento della popolazione, la cronicità, il rapporto tra urbanizzazione e salute. Le prospettive di studio e approfondimento di Health City Think Tank riguardano l'analisi del contesto economico-sanitario, sociologico, clinico-epidemiologico e politico-sanitario.

COMUNITÀ PROGETTO SUD

Numero doppio realizzato insieme alla associazione Comunità Competente Calabria

La salute

non risulta essere più solo un "bene individuale"
ma un "**bene comune**" che chiama tutti i cittadini
all'etica e all'osservanza delle regole di convivenza civile,
a comportamenti virtuosi basati sul rispetto reciproco.
Il bene comune è dunque un obiettivo da perseguire
sia da parte dei cittadini, sia dei sindaci
e degli amministratori locali
che devono proporsi come garanti di una sanità equa,
facendo sì che la salute della collettività sia considerata
un investimento e non solo un costo.

L'organizzazione della città
e, più in generale, dei contesti sociali e ambientali,
è in grado di condizionare e modificare
i bisogni emergenti, gli stili di vita
e le aspettative dell'individuo,
fattori che dovrebbero, dunque, essere considerati
nella definizione ed orientamento delle politiche pubbliche.

(a pag. 35)

ÀLOGON (trimestrale) Nuova Serie N. 123-124 Anno 2023
Editore: Associazione Comunità Progetto Sud – Onlus
Via Conforti 61/A 88046 Lamezia Terme (CZ)
Autorizzazione del Tribunale di Lamezia Terme n. 96107 del 10 ottobre 1997
Direttore Responsabile: Giacomo Panizza
Disegni: Jacovitti

Elaborazione Grafica: Dal Margine
Foto: Comunità Progetto Sud
Mail: cpsud@comunitaprogettosud.it
www.comunitaprogettosud.it
Per 5Xmille: Codice fiscale 92001590790
Per Donazioni: IT 74 G 05018 03400 000011005691