

MANIFESTO**PER UNA SALUTE DI PROSSIMITÀ****Una ricalibratura dell'assistenza territoriale
del Servizio Sanitario Nazionale
a partire dalla centralità della persona****Preambolo¹**

La pandemia di Covid-19 ha evidenziato ulteriormente le criticità e le debolezze strutturali del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che hanno caratterizzato il suo sviluppo nel corso di ormai oltre quarant'anni di storia. Tra queste, una particolare rilevanza per la natura sindemica della malattia ha assunto la difficoltà del **sistema di cure primarie e dei servizi territoriali** a svolgere la loro fondamentale funzione di prevenzione, di cura e di contenimento della diffusione del contagio, indispensabile anche per non sovraccaricare il sistema ospedaliero e di emergenza-urgenza.

Appare dunque quanto mai necessario e urgente **ripensare il sistema delle cure primarie e dei servizi territoriali** secondo una nuova prospettiva che, rovesciando il tradizionale ospedalcentrismo che ha caratterizzato il nostro SSN specie dopo il D.Lgs. 502/92, ne faccia realmente il perno e il primo livello di accesso alle cure del sistema sanitario. Da questo punto di vista, il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** costituisce un'occasione fondamentale e probabilmente unica per l'entità delle risorse a disposizione al fine di perseguire concretamente tale obiettivo. Nell'ambito della prima componente della **Missione 6 Salute "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"**, si afferma l'intento di potenziare il SSN allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti e rafforzando le strutture e i servizi sanitari di prossimità e domiciliari mediante la realizzazione delle Case della Comunità quale punto di riferimento continuativo e di accesso principale per la popolazione. Inoltre, si considera la "casa come primo luogo di cura" (p.228²) e il conseguente potenziamento dei servizi domiciliari quale obiettivo

¹ Il presente Manifesto rappresenta il risultato di un percorso metodologico collettivo, durato 12 mesi, elaborato dal Gruppo Welfare Responsabile Salute e realizzato da un gruppo di lavoro composto da Rosalia Lombardi, Linda Lombi, Elena Macchioni, Michele Marzulli e coordinato da Guido Giarelli. La metodologia adottata è stata quella del Delphi quale *consensus method* che ha coinvolto 10 esperti nazionali selezionati quali presidenti di associazioni professionali, docenti universitari, rappresentanti di agenzie pubbliche e di organismi del Terzo settore: ai quali è stata sottoposta una scheda su una prima bozza del modello proposto ed una serie di domande aperte richiedendo di rispondere in due round successivi, prima in cieco e poi alla luce delle risposte altrui. Il Manifesto è il risultato della sintesi delle loro risposte, per le quali va a tutti loro il più vivo ringraziamento per il fondamentale contributo offerto.

² PNRR, versione approvata dal Governo del 15 gennaio 2021.

fondamentale per aumentare le prestazioni assistenziali, specie per la popolazione anziana e con patologie croniche e/o non autosufficiente.

Tutto ciò costituisce una indicazione rilevante nella direzione sopra indicata: tuttavia, pur individuando nelle **reti di prossimità** il riferimento fondamentale per una riorganizzazione del sistema delle cure primarie e dei servizi territoriali, non se ne assumono le logiche conseguenze in termini di **ricalibratura del SSN a livello territoriale** quale necessario orizzonte strategico. Pur parlando infatti di “presa in carico della persona” (p.228), gran parte dell’attenzione e delle risorse “è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche”, come esplicitamente affermato (p.226). Serve invece **un cambio di paradigma**, senza il quale anche le migliori intenzioni si ridurrebbero a una razionalizzazione delle risorse disponibili.

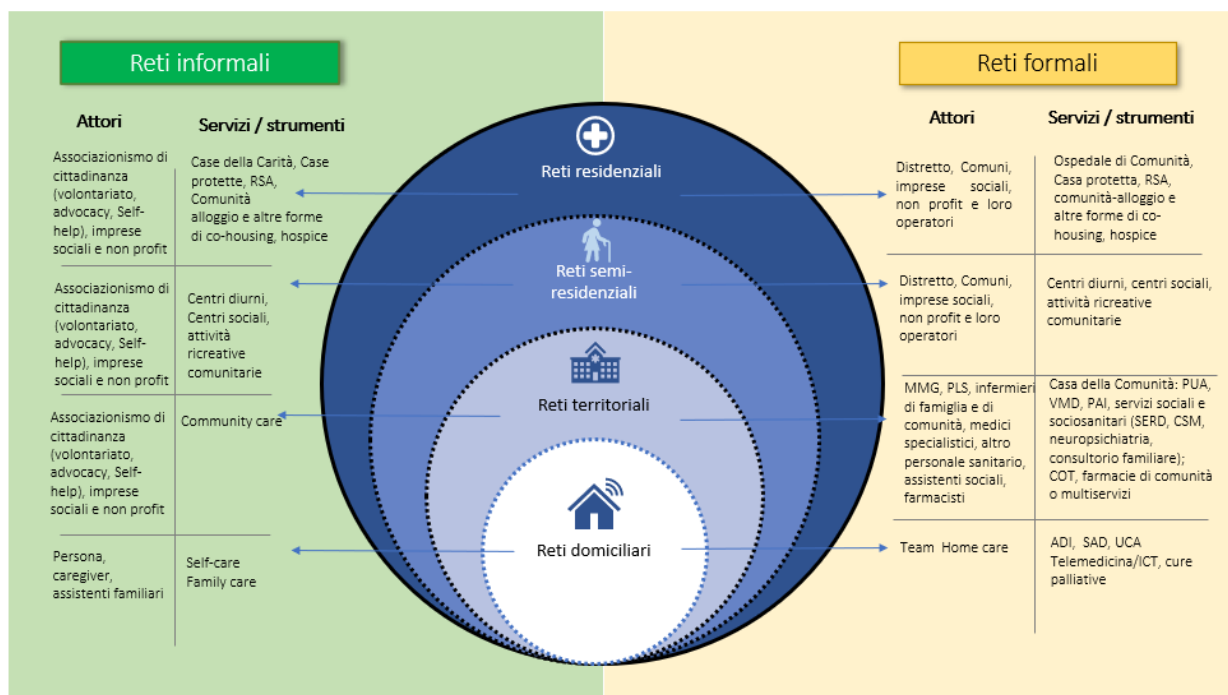
Il modello di salute di prossimità

Alla luce delle esperienze nazionali (di sanità pubblica di prossimità) e internazionali (Regno Unito, Svezia, Finlandia, Francia, Spagna, Portogallo, Cuba) già da tempo in atto, tale cambio di paradigma ruota necessariamente attorno al concetto di “**prossimità**” inteso come rovesciamento della logica funzionale del sistema sanitario: si tratta di **portare le cure presso il paziente** anziché viceversa. In questa direzione, la “**sanità di prossimità**”, basata su di un approccio proattivo al paziente per la prevenzione e promozione della salute con particolare riguardo alla presa in carico delle persone più fragili, costituisce un salto di qualità nella direzione di **un riorientamento delle cure** che possono essere erogate direttamente presso il domicilio o in strutture di prossimità, riducendo anche considerevolmente accessi impropri al Pronto Soccorso e spesso inutili “pellegrinaggi della speranza” da una struttura all’altra.

Tuttavia, anch’essa rischia di rimanere intrappolata in una logica autoreferenziale ancora centrata sul sistema dei servizi se non si accompagna ad un più radicale rovesciamento di logica culturale e organizzativa che faccia perno sulla **centralità della persona** intesa non semplicemente come portatrice di bisogni e utente passivo, ma come **soggetto dotato di risorse da valorizzare** e primo riferimento fondamentale per la gestione responsabile della propria salute.

Il modello di “**salute di prossimità**” che proponiamo (v. figura) si fonda su tale rovesciamento di logica che, a partire dalla centralità della persona e del suo domicilio, si articola in **quattro livelli di reti** tra loro **interconnessi** che, partendo dalle reti domiciliari e passando dalle reti territoriali di cure primarie e semiresidenziali, arrivano alle reti residenziali intermedie. Le dimensioni delle quattro sfere non vanno considerate come rappresentative della dimensione quantitativa e della rilevanza attribuita a ciascuna sfera, in quanto intendono semplicemente evidenziare la centralità della Persona nell’ambito delle cure domiciliari come punto di partenza per considerare poi le diverse reti che ruotano attorno ad essa. Questa **visione reticolare progressiva per tipologie di setting di cura e gradi di intensità assistenziale** coinvolge non soltanto le **reti formali istituzionali** del sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali, ma anche le **reti informali** che gravitano attorno alla persona stessa: dal nucleo familiare e di parentela, dal vicinato, amicali, di assistenti familiari e dalle associazioni di volontariato, auto-mutuo aiuto e di advocacy della società civile, nonché dalle imprese sociali e non profit quali enti del Terzo settore presenti sul territorio a livello locale.

Il modello, che individua come **ambito di riferimento il territorio di un distretto socio-sanitario**, inteso anche come insieme delle Comunità ad esso riferite, intende quindi rappresentare **una topografia dei luoghi della cura della salute** (e non solo della malattia) ridefiniti in funzione della **centralità della persona** e delle **reti formali e informali³ di prossimità** che su di essa fanno perno, a partire dalla “casa come primo luogo di cura”. Ciò favorisce una doppia ricalibratura del SSN: **una logica di ricalibratura normativa** caratterizzata dal rovesciamento della logica autoreferenziale centrata sul sistema dei servizi quale configurazione valoriale e simbolica di riferimento; in grado di tradursi anche in **una ricalibratura di tipo politico-istituzionale** che ampli la molteplicità degli attori coinvolti nei processi di cura attraverso l’interconnessione con le reti informali presenti nella società civile secondo una logica eteroreferenziale di **network governance**. Viene quindi proposta una riorganizzazione complessiva del sistema dei servizi territoriali che ha nel **distretto sociosanitario** il suo riferimento istituzionale e nella **Comunità locale** il suo referente sociale. Un distretto che si potrebbe quindi ridefinire come “**Distretto della Salute di Comunità**” ad indicare che la prossimità non costituisce semplicemente una dimensione di vicinanza fisico-geografica, ma una ricentatura sulla persona e sulla comunità, sui loro bisogni e sulle loro risorse. In questo modo, un’organizzazione dei servizi basata sul principio di prossimità è in grado di produrre anche un senso di appartenenza e di identificazione culturale quale fondamento indispensabile di una rinnovata fiducia del cittadino nel SSN.



³ Il concetto di “reti formali” è riferito a soggetti istituzionali, sia pubblici che privati (*for profit e non profit*); mentre il concetto di “reti informali” è riferito a soggetti non istituzionali quali famiglie, volontari singoli o associati, gruppi e organizzazioni della società civile.

Il modello proposto intende quindi individuare, per ciascuno dei **quattro livelli di reti** tra loro **interconnessi**, gli **attori** coinvolti e i relativi **servizi e strumenti** sia delle **reti formali** che di quelle **informali** al fine di poter costruire i processi di **network governance** indispensabili per avviare la **ricalibratura politico-istituzionale** nella direzione indicata:

Reti domiciliari – È il primo livello basilare fondamentale del modello, dal momento che la casa è il luogo privilegiato di cura, che garantisce personalizzazione, continuità e prossimità delle cure, promuovendo la **proattività della persona**, anche attraverso la **valorizzazione delle proprie risorse** (cognitive, emotive, fisiche, relazionali e materiali) di salute secondo una logica di **self care**.

Il secondo attore della rete informale a questo livello è rappresentato dalla **famiglia** e dalle/dagli **assistenti familiari** (badanti) in grado di operare nel ruolo di **caregiver** per offrire il necessario supporto assistenziale in termini di **family care** alla persona non o parzialmente autosufficiente. Accanto ed a supporto-integrazione di tali attori, nel caso di soggetti fragili, intervengono le **reti formali** attivate dal **Distretto** e/o dalla **Casa della Comunità (ADI, telemedicina, ICT, UCA, cure palliative)** e dal **Comune** di residenza (**SAD**), che dovrebbero operare nel contesto domiciliare secondo una **logica integrata di team multiprofessionali di home care** per una **presa in carico globale della persona**, specie se fragile, a sostegno e in stretta collaborazione con tutti gli attori delle reti informali presenti. Un ruolo rilevante di promozione della proattività della persona in tale team è svolto dal **medico di Medicina generale (MMG e PLS)** e dall'**infermiere di famiglia e di comunità**, anche quali possibili **case manager** di riferimento.

Reti territoriali – È il secondo livello di rete di prossimità, quello delle **cure primarie**, che agisce in stretta interconnessione con il primo intervenendo, oltre che a domicilio, anche nella propria sede elettiva indicata nel PNRR: la **Casa della Comunità**. Essa costituisce infatti lo strumento di coordinamento di tutti i servizi territoriali pubblici e privati che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento grazie al **Punto Unico di Accesso (PUA)** alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Ciò è vero in particolare per i soggetti fragili che necessitano di una **valutazione multidimensionale (VMD)** in grado di orientare la scelta appropriata dei servizi necessari con un **Piano di assistenza individualizzato (PAI)**. Nella Casa della Comunità opera un team multiprofessionale di **MMG, Pediatri di libera scelta (PLS), infermieri di famiglia e di comunità, medici specialisti ambulatoriali, altri eventuali professionisti sanitari (fisioterapisti, logopedisti, psicologi, ostetriche, ecc.) e assistenti sociali** in una logica di **integrazione socio-sanitaria**, di **medicina d'iniziativa** e di **medicina di genere** (PNRR p. 228) che valorizzi i bisogni specifici di salute e di cura delle persone tenendo conto delle loro differenze. Nella stessa logica, la presenza di servizi socio-sanitari quali i **Centri di Salute Mentale (CSM)**, il **Servizio per le Dipendenze (SERD)**, i **Servizi di Neuropsichiatria e Neuropsicologia per l'età evolutiva**, il **Consultorio familiare** appare essenziale, almeno per le Case della Comunità tipo hub. Infine, un ruolo integrativo fondamentale per la loro presenza capillare sul territorio possono svolgere le **farmacie di comunità** o **multiservizi** grazie alla loro prossimità al cittadino. Una funzione chiave di coordinamento e di interfaccia dei diversi servizi territoriali con quelli domiciliari da una parte e con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza dall'altra dovrebbe essere svolta poi dalle **Centrali Operative Territoriali (COT)** distrettuali, previste nel PNRR, al fine di coordinare e dare continuità intelligente

all'attivazione ed uso dei servizi, di garantire continuità ed appropriatezza, migliori esiti di salute e, infine, anche di ridurre il rischio di accessi impropri al Pronto Soccorso e ricoveri inappropriati.

La Casa della Comunità, per essere davvero tale, dovrebbe poi integrarsi con le **reti informali** a questo livello rappresentate dalle diverse forme di **associazionismo di cittadinanza**: **associazioni di volontariato**, **gruppi di self-help** e **organizzazioni di advocacy** presenti sul territorio che, oltre ad offrire il proprio contributo essenziale in termini di **community care** con le proprie attività, dovrebbero partecipare direttamente alla gestione della Casa della Comunità in rappresentanza della cittadinanza in una logica di **network governance** secondo forme e modalità in grado di favorire il massimo coinvolgimento tenendo conto delle molteplici differenziazioni.

Reti semi-residenziali – È il terzo livello delle reti di prossimità, con la funzione fondamentale di favorire il mantenimento o il recupero delle capacità psicofisiche residue in particolare dei soggetti fragili e non o parzialmente autosufficienti al fine di consentirne la permanenza al domicilio in alternativa alla istituzionalizzazione, supportando al contempo il loro nucleo familiare (specialmente nel caso di demenza senile). Le reti semi-residenziali svolgono attività diurna. Allo scopo di garantire ciò, è necessario che si realizzi una piena **integrazione sociosanitaria** e **pubblico-privato** tra le **reti formali** gestite dal **Distretto** e dai **Comuni** e le **reti informali** rappresentate dall'**associazionismo di cittadinanza**, dalle **imprese sociali** (cooperative sociali, ecc.) e dalle **organizzazioni non profit** (fondazioni, ecc.) per una gestione coordinata dei **Centri diurni**, **Centri sociali** e delle **attività ricreative comunitarie** presenti su territorio, in risposta ai bisogni della popolazione. Solo così sarà possibile garantire interventi appropriati, flessibili, professionalmente competenti ed economici per le famiglie, evitando sia risposte inadeguate che assenza di risposte.

Reti residenziali – È il quarto livello delle reti di prossimità, rappresentato dalle **cure intermedie** in grado di offrire forme di residenzialità temporanea laddove l'impossibilità della permanenza del soggetto fragile e non autosufficiente al proprio domicilio richiedesse livelli di intensità assistenziale più elevati. Nella prospettiva di prossimità, come previsto dal PNRR, il nuovo presidio è costituito dall'**Ospedale di comunità**, a gestione prevalentemente infermieristica, che opera quale snodo tra territorio e ospedale per acuti e di riabilitazione intensiva⁴ per condizioni di post-acuzie ed esigenze di riabilitazione estensiva. Esso ospita per ricoveri brevi pazienti dimessi dopo la fase di acuzie o di riacutizzazione non ancora in grado di rientrare al domicilio, o inviati dal MMG. Nei casi poi in cui tale rientro risulti impraticabile, **Case protette** e **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)** costituiscono i due presidi differenziati per livelli di intensità assistenziale alternativi al domicilio e in grado di offrire le cure necessarie. Al fine di evitare una loro istituzionalizzazione ghettizzante rispetto al territorio, essi dovrebbero essere trasformati in **centri multiservizi integrati** aperti, erogatori anche di prestazioni a tempo determinato che fungano da punto di raccordo fra il domicilio dell'anziano fragile e l'Ospedale di Comunità. Per i soggetti impossibilitati a rientrare al domicilio ma autosufficienti (o parzialmente), la disponibilità di **comunità-alloggio** o altre forme di **co-housing** e di **residenzialità leggera** può costituire invece una valida alternativa alla istituzionalizzazione,

⁴ Che qui non viene considerato in quanto operante a livello di assistenza secondaria e terziaria.

offrendo luoghi di vita in comune adeguatamente protetti. Per soggetti in fase terminale, gli **hospice** rappresentano la struttura residenziale alternativa al domicilio del paziente in cui vengono garantite cure palliative ad altissimo livello di intensità.

Poiché nella gestione di questi servizi residenziali possono intervenire sia attori delle **reti formali** (**Distretto, Comuni, imprese sociali e organizzazioni non profit**) sia di quelle **informali** (**associazionismo di cittadinanza, imprese sociali, organizzazioni non profit**) con i relativi operatori, anche in questo caso appare indispensabile la realizzazione di una piena **integrazione sociosanitaria e pubblico-privato** attraverso processi di **network governance**. In tale contesto, il **Distretto**, in particolare, dovrebbe svolgere una funzione di **stewardship**, di coordinamento e di orientamento dei diversi servizi pubblici e privati che, pur garantendo a ciascuno di essi una propria autonomia funzionale, possa allo stesso tempo assicurare una loro forte integrazione sulla base di percorsi di cura territoriali appropriati in base ai bisogni dei soggetti.

Conclusioni. Una strategia d'azione centrata sulle risorse umane

Il modello proposto vuole essere un contributo alla **ricalibratura del sistema di cure primarie e dei servizi territoriali del SSN**, implicando una reale riorganizzazione e riattribuzione delle competenze, che si rivolge prioritariamente a tutti coloro che operano con responsabilità manageriali e professionali all'interno di tali servizi.

Porre la dimensione territoriale al centro delle politiche per la salute comporta, quindi, prima di tutto, coordinare e integrare gli interventi con la persona svolti dai singoli **operatori**. Ma partire dalla persona significa anche **prendersi cura** della comunità e del territorio nel quale le singole persone svolgono la loro vita quotidiana. La salute della comunità e del territorio costituiscono il primo fattore su cui costruire una vita individuale in salute. A fianco, quindi, degli interventi sulla singola persona va considerata l'opportunità di utilizzare e rielaborare le **informazioni** prodotte da questa attività tramite opportuni **indicatori** per conoscere e monitorare le condizioni di salute della **comunità** e supportare lo sviluppo delle politiche **territoriali**, facendo della salute il motore dello **sviluppo** locale anche grazie alla **valorizzazione delle differenze territoriali**.

A tal fine, è necessaria una nuova visione centrata su un cambio di paradigma che richiede, per trovare realizzazione, non semplicemente nuove strutture e nuove tecnologie (ivi incluse quelle indirizzate all'utilizzo dei Big data) ma anche maggiori risorse, sia in termini di personale aggiuntivo sia in termini di formazione e competenze che ad oggi non esistono. Elementi, peraltro, tutti necessari e già presenti nel PNRR, ma del tutto insufficienti se non troveranno nella **valorizzazione delle risorse umane** il loro indispensabile complemento. Le maggiori risorse ad esse destinate sarebbero peraltro ampiamente controbilanciate dai **risparmi** derivanti da ospedalizzazioni e istituzionalizzazioni improprie, per cui si tratterebbe in sostanza di una diversa distribuzione delle risorse disponibili. Ciò che contraddistingue i **servizi alla persona** è infatti la **centralità della persona** non soltanto in quanto utente-paziente, ma anche in quanto **professionista** che opera all'interno di tali servizi sapendo costruire **relazioni di aiuto tecnicamente competenti e relazionalmente significative**.

È dunque necessaria **una strategia di azione centrata sulle risorse umane quale priorità fondamentale** attraverso **percorsi formativi innovativi** solidamente fondati sui risultati della ricerca e strettamente finalizzati alla loro **ricaduta operativa**: percorsi di **formazione-azione** e **formazione-intervento** che costruiscano il **cambiamento culturale** fondamentale che ogni seria **trasformazione organizzativa** richiede e senza il quale non potrà che ridursi in un cambiamento di natura formale e, di fatto, in una mera razionalizzazione dell'esistente.

Il Gruppo Welfare Responsabile Salute