

ANNO XXXI
N. 11
DICEMBRE 2024

MONDO SANITARIO

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

IN QUESTO NUMERO

CITY COMPETENT. IL CITTADINO COMPETENTE
A SUPPORTO DELLA INNOVAZIONE DELLE "BOTTEGHE DELLA COMUNITÀ"
DELLA ASL SALERNO NEI 29 COMUNI DEL CILENTO INTERNO

RESPONSABILITÀ MEDICA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

ASPETTI MEDICO LEGALI DELLA TUTELA DELLA FRAGILITÀ NELLE RELAZIONI DI CURA

LA *COMMUNITY HEALTH GOVERNANCE* COME MODELLO VALUTATIVO ED ORGANIZZATIVO

www.frgeditore.it

FRG
editore

MONDO SANITARIO

ISSN 1970-9374

(XXXI - N. 11 Dicembre 2024)

SOMMARIO

- 1 **City competent. Il cittadino competente a supporto della innovazione delle “botteghe della comunità” della ASL Salerno nei 29 comuni del Cilento interno**
G. Sosto, P. Sergianni, F. Cioffi, M. Cerbo, M. Aloya, M.A. Fiocco, F. Colavita, V. Cosentino
- 13 **Responsabilità medica e valutazione del rischio suicidario**
A. Barioglio
- 23 **Aspetti medico legali della tutela della fragilità nelle relazioni di cura**
R. Zamparese
- 32 **La *community health governance* come modello valutativo ed organizzativo**
M.C. Agnello

MONDO SANITARIO

rivista mensile

Tribunale di Roma, n. 59 del 18 febbraio 1994 (1a registrazione)

Tribunale di Roma, n. 142 del 25 giugno 2013 (2a registrazione)

Iscritto al Registro Nazionale della Stampa al n. 5441

Finito di stampare: gennaio 2025

Direzione, Redazione e Impaginazione:

FRG Editore Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma

Tel. 06.50912071 - Fax 06.50932756 - www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

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

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

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

City competent.

Il cittadino competente a supporto della innovazione delle “botteghe della comunità” della ASL Salerno nei 29 comuni del Cilento interno

GENNARO SOSTO

Direttore Generale ASL Salerno

PRIMO SERGIANNI

Direttore Sanitario ASL Salerno

FRANCESCA CIOFFI

Presidente di IPACS, Impresa Sociale

MARINA CERBO

Responsabile del Comitato scientifico, IPACS

MARILINA ALOYA

Direttore Distretto sanitario 70 - Vallo della Lucania/Agropoli

MARIA ANNA FIOCCO

Direttore UOC Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico-Gestionali

FRANCESCO COLAVITA

Dirigente area strategica ASL Salerno

VITTORIA COSENTINO

Dirigente URP ASL Salerno

Riassunto: La ASL Salerno è impegnata nella ricerca delle migliori soluzioni organizzative per consentire ai cittadini, soprattutto a quelli con maggiore distanza dai centri urbani, di usufruire dell'assistenza a domicilio. Per facilitare sia la collaborazione tra istituzioni territoriali e cittadini, sia la presa in carico degli anziani la ASL di Salerno ha recentemente introdotto nei 29 Comuni del Cilento Interno, come modello innovativo per raggiungere tutti i cittadini e rafforzare le connessioni territoriali le Botteghe della Comunità. In questo studio descriviamo come il modello del cittadino Competente di IPACS e lo strumento dell'arte partecipativa faciliti le nuove relazioni organizzative tra istituzioni e cittadini, potenziati come persone competenti della città, per lo specifico obiettivo di sistema Bottega della Comunità a portata di tutti.

La ASL Salerno, al fine di irrobustire il proprio modello di assistenza territoriale sociosanitaria, ha scelto tra i partner IPACS, Institutional & Public Coaching Services per il supporto, con l'arte partecipativa integrata nel

(segue)

(segue)

modello City Competent, per realizzare il cambiamento nelle relazioni organizzative territoriali. L'arte partecipativa fa emergere il potere trasformativo che i cittadini acquisiscono attraverso le attività esperienziali dettate dall'artista (cd. prescrizioni artistiche). La collaborazione tra professionisti della ASL e cittadini è migliorata grazie all'acquisizione di competenze nella comunicazione, nella negoziazione, nel processo decisionale e nell'auto-guida del nuovo approccio del city competent.

Parole chiave: cittadini competenti, team coaching, arte partecipativa

Introduzione

Il D.M. n. 77 ed il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (1) Missione 6 - Salute - che mira a rafforzare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) enfatizzano le seguenti due componenti:

- componente 1: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;

- componente 2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La componente 1 mira a rafforzare i servizi forniti nell'area grazie al miglioramento delle strutture e dei presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e a una più efficace integrazione di tutti i servizi sociali e sanitari.

I modelli di servizi sanitari territoriali rappresentano un pilastro per l'innovazione del PNRR,

in quanto facilitano la collaborazione tra i professionisti e il loro rapporto con i cittadini, per modernizzare il Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2018, l'IPACS (www.ipacs.it) ha intercettato, con un'indagine regionale in 30 ASL italiane, due bisogni essenziali non soddisfatti in ambito politico-istituzionale: 1) sviluppare la capacità di interagire e formare un'alleanza tra le istituzioni e i cittadini; 2) sviluppare l'attitudine a lavorare con un approccio interdisciplinare, come leader informali in azione, per gestire contesti complessi e adattare l'organizzazione a rapidi cambiamenti.

Nel giugno 2019, in un evento istituzionale, con il patrocinio del Ministero della Salute e del Ministero dei Beni Culturali, l'IPACS ha convalidato e lanciato l'uso dell'Arte Partecipativa, come *strategia di apprendimento*, per accelerare il processo di lavoro con *prospettiva interdisciplinare* in azione, nonché per sviluppare *politiche*, come portare la *telemedicina ai cittadini* (Cioffi et al., 2023; 2022/a; 2022/b; 2021).

Inoltre, il *think tank* "Competence Economy" (www.competenceeconomy.it) ha introdotto una nuova metodologia di potenziamento esperienziale di comunità, attraverso la composizione di team interdisciplinari ed inter istituzionali composti da professionisti della Pubblica amministrazione e Cittadini e terzo settore.

Coerentemente con la sua missione e la sua visione (box 1), l'IPACS ha lanciato e brevettato il Modello del Cittadino Competente (fig. 2) come un approccio dal basso verso l'alto in cui gli individui possono essere educati e motivati a collaborare in modo intelligente con le istituzioni del settore pubblico e i vari livelli di governo, diventando persone "competenti per la città, nel predefinito obiettivo di sistema fornito dalle Istituzioni".

Pertanto, analizzare il divario dei bisogni insoddisfatti nelle comunità ed educare, dal basso

Box 1

VISIONE E MISSIONE DELL'IPACS

IPACS è un'Impresa Sociale Srl che mira a potenziare i cittadini, compresi i dirigenti della Pubblica Amministrazione, nelle soft skills utili allo sviluppo delle politiche, attraverso un modello di economia delle competenze, che mette in relazione l'obiettivo di sistema con le soft skills ad esso funzionali. La sua missione è quella di realizzare una ricerca sociale, partendo dalla concretezza dell'esperienza di "Economia delle Competenze" (www.competenceeconomy.it), per misurare i risultati dell'empowerment sugli individui e sulle comunità di riferimento, dopo aver fornito un percorso esperienziale di apprendimento, integrato con coaching e arte partecipativa, della durata di circa 6 mesi (protocollo di ricerca). City Competent è il progetto attuativo di Competence Economy.

verso l'alto, la collaborazione delle persone competenti all'interno delle istituzioni, è esattamente la prerogativa del progetto di città competente che applica il metodo dell'Economia delle Competenze (www.competenceconomy.it). Questa comprende diverse innovazioni riassunte nella fig. 3.

L'arte partecipativa aiuta i cittadini a trovare obiettivi e benefici comuni, a sviluppare il pensiero critico e creativo; il *coaching* supporta i cittadini a

sviluppare soluzioni creative ai vincoli del sistema.

Attualmente, la sfida presente e futura per le istituzioni nazionali e locali consiste nel trovare il modo migliore per riorganizzare il flusso di gestione tra le istituzioni locali e i cittadini e rinnovare le modalità di interazione tra l'assistenza sanitaria locale e i pazienti, aumentando le loro capacità di autocura e riducendo le distanze.

L'impatto atteso delle potenziali persone competenti della città è di: 1) sviluppare la capacità di

Fig. 1 - Percorso del City Competent dalla presa in carico dell'obiettivo-guida alla alfabetizzazione dei cittadini sulla innovazione di sistema



Fig. 2 - Approccio innovativo in 3 passaggi

L'APPROCCIO INNOVATIVO DI IPACS

- 1** Fa emergere il potere trasformativo che i cittadini acquisiscono, attraverso l'attività esperienziale dell'arte partecipativa (*metodo euristico*).
La comunità potenziata diventa la nuova comfort zone dei cittadini
- 2** Promuove il benessere Istituzionale, individuale e collettivo, migliorando l'orientamento al risultato fino al 71%
Bibliografia IPACS
- 3** Offre la "metodologia di potenziamento esperienziale" ad un team interdisciplinare, che collega il dirigente istituzionale ad altri stakeholder di sistema (es. il cittadino) e ne misura l'impatto sull'individuo e sui territori

interagire e creare alleanze tra le istituzioni e le comunità per ridurre le disuguaglianze di accesso all'assistenza sanitaria; 2) sviluppare una "leadership informale", tra i cittadini e le istituzioni, per gestire contesti complessi di memoria e adattarsi ai rapidi cambiamenti dell'assistenza domiciliare. Siamo nel trend chiamato "empowerment del cittadino" e nella linea guida dell'OCSE "lifelong adult learning".

Il progetto fornirà i risultati di un percorso integrato composto da Coaching e Arte Partecipativa su 28 potenziali cittadini competenti, per al-

fabetizzare la cittadinanza di 28 comuni cilentani sulla Bottega della Comunità.

Metodologia e fasi

La metodologia implementata nella ASL di Salerno si basa sull'intenzione di intercettare i cittadini idonei a diventare persone competenti per i 28 comuni cilentani, che aiutano le comunità e le istituzioni ad adottare l'innovazione Bottega della Comunità.

Fig. 3 - Video installazione artistica - percorso arte partecipativa

Oltre la Mappa

Nelle sue pratiche di arte partecipativa, Mimmo Martorelli si nasconde all'interno del territorio stesso dell'opera finale essendone, da un lato, motore progettuale e, dall'altro, finalizzatore della espressione artistica delle persone che partecipano alla concezione ed alla realizzazione stessa dell'opera. La necessità di progetti come questo di Mimmo Martorelli, inserito nel progetto IPACS sulla Competence Economy, risulta evidente proprio nel momento in cui riporta il cittadino nel confronto con il territorio. Rileggere la mappatura della strada diventa il rapporto emozionale e di memoria che noi abbiamo con il "luogo", con gli spazi che ci circondano e con le versazioni affettive che noi stessi attribuiamo a questi spazi. Oltre la Mappa è la rilettura della strada che ogni singolo cittadino/artista fa restituendo, all'immaginario collettivo, la percezione individuale che da soggettiva diventa arte condivisa.

Oltre la Mappa, un progetto di Arte Partecipativa di Mimmo Martorelli a cura di Massimo Sgroi, che invita i cittadini del Cilento Interno a trasformare la città in un'opera d'arte collettiva.

Scansiona il QR code
e guarda il video
"La mia strada"



Nella prima fase vengono selezionati i potenziali cittadini competenti tra tutta la popolazione. Un’analisi sul campo delle problematiche sociali e culturali, delle opportunità e dei bisogni sociali, viene effettuata per costruire un’indagine che elenchi le attività e i comportamenti da attuare attraverso l’empowerment delle metacompetenze. Nella tab. 1 sono riportate le competenze considerate.

Nella Fase 1 i cittadini sono inseriti in un percorso di selezione per l’alfabetizzazione sulla Bottega della Comunità.

Nella Fase 2 i cittadini selezionati seguono un

iter di potenziamento sulla soft skill intelligenza emotiva attraverso un percorso di arte partecipativa integrato con il *coaching*, insieme ai dirigenti della pubblica amministrazione, per raggiungere l’obiettivo comune di sistema.

Nella Fase 3 i city competent selezionati diventano opera d’arte nelle strade cittadine; il loro volto con la mappa della loro strada, i diventa il simbolo per altri cittadini. L’obiettivo è quello di costruire comunità potenziate, attivando almeno n. 10 cittadini aggiuntivi, per ogni city competent in ogni comune del Cilento coinvolto (in un rapporto di 1:10).

Tab. 1 - Test in ed out e competenze osservate

Assessment test (*)				
Cognitive Area	LIVELLO BASSO MEDIO ALTO			
• Creativity	☐	☐	☐	☐
• Accuracy & Quality	☐	☐	☐	☐
• Problem solving	☐	☐	☐	☐
Area gestionale	BASSO MEDIO ALTO			
• Decision Making..	☐	☐	☐	☐
• Result Orientation	☐	☐	☐	☐
• Patient orientation	☐	☐	☐	☐
Area relazionale	BASSO MEDIO ALTO			
• Presence	☐	☐	☐	☐
• Leadership	☐	☐	☐	☐
• Communication	☐	☐	☐	☐
• Flexibility	☐	☐	☐	☐
• Interpersonal Relationships	☐	☐	☐	☐
Area emozionale	BASSO MEDIO ALTO			
• Energy	☐	☐	☐	☐
• Self Confidence	☐	☐	☐	☐
• Personal Balance & Maturity	☐	☐	☐	☐
• Disposability	☐	☐	☐	☐
• Motivation on the project.	☐	☐	☐	☐
NOTE	☐	☐	☐	☐
.....				
(*) Fill in only dimension actually found				

La partecipazione al percorso artistico è costituita nella preparazione di brevi video, foto e storytelling riguardanti il territorio e la propria strada del cuore, infine in una videoinstallazione, inserita sul manufatto artistico del city competent (fig. 3), vengono sintetizzate tutte le memorie sensoriali dei cittadini cilentani messe in rete.

L'arte partecipativa, basata sul dialogo e sul confronto con l'esperienza reale, mette al centro la persona, facendole riscoprire consapevolezza, valore e potere personale e facilita la co-progettazione e la co-attuazione di piani d'azione basati sul cambiamento culturale e sul cambiamento dei comportamenti individuali.

I risultati sono misurati con una valutazione pre e post percorso integrato IPACS. I risultati sono misurati anche in termini di progressi nei piani degli obiettivi di sistema (ad esempio, il numero di attività messe in atto).

Nella Fase 3 del percorso di City Competent i 28 cittadini selezionati vengono certificati City Competent, inseriti in un elenco reputazionale e coinvolti in ulteriori piani di sistema utili alle comunità e alle istituzioni.

Aderendo al Modello di Città Competente, i cittadini possono accedere ai seguenti 4 benefici:

1) i cittadini sono certificati come "City Competent" in grado di implementare obiettivi di sistema ritenuti prioritari e sono inseriti in una specifica classifica di reputazione locale;

2) i cittadini faranno parte di una comunità riconosciuta a livello nazionale e internazionale come facilitatore di "innovazioni sociali, economiche e sanitarie";

3) i cittadini saranno monitorati e rafforzati nelle metacompetenze identificate come strategiche per la loro comunità e il loro territorio;

4) il metodo partecipativo garantirà lo scambio intergenerazionale e interdisciplinare di esperienze, conoscenze pratiche, risultati, risorse, valori, mentalità e prospettive.

Il contesto in cui il modello City Competent viene applicato nei 29 Comuni Cilentani della ASL di Salerno

Al fine d'implementare la rete territoriale di assistenza sociosanitaria nelle aree interne della provincia, la ASL Salerno ha avviato una sperimentazione nell'area interna del Cilento che coinvolge direttamente 29 Amministrazioni comunali.

La ASL ha attivato la sperimentazione gestionale, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) progettando, con l'ausilio dei 29 Comuni, delle cure primarie e delle farmacie che insistono nell'area interna, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie definito Botteghe della Comunità per un bacino di 28 mila cittadini serviti.

Un modello "sartoriale" - uniforme anche nell'immagine con cui si presenta al cittadino con combinazioni di colori e con i percorsi di *way finding* - disegnato sulle esigenze epidemiologiche, sociali e sanitarie del territorio, tale da accompagnare il percorso assistenziale e di cura nell'arco di tutta la vita della persona. Una visione olistica che aumenta l'attenzione al paziente delle Aree Interne, caratterizzate dalla distanza dai punti sanitari di erogazione.

Si pensi al target fissato dal D.M. 77/2022 per la realizzazione di una Casa di Comunità. In territori come l'interno del Cilento, quel bacino è irraggiungibile per via del ridotto numero di abitanti e di popolazione dei Comuni che lo compongono. La negazione del concetto di prossimità, dunque, poiché una sola Struttura sarebbe fisicamente prossima ad uno solo di quei Comuni, ma distante dagli altri 49. Il *framework* delle Botteghe della Salute rafforza quindi il modello aziendale scaturito dal D.M. 77. L'ASL conta di realizzare la presa in carico della persona con patologie croniche direttamente a domicilio, o nel luogo in cui questa vive, senza bisogno che si debba spostare per ricevere prestazioni di controllo e/o di bassa intensità.

Le Botteghe della Comunità afferiscono ai Distretti n. 69 e 70, e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle COT dei due Distretti, oltre che all'Ospedale per acuti di Vallo della Lucania.

Nello specifico, sono attivate le Botteghe nei seguenti Comuni: Aquara, Bellosguardo, Campora, Cannalonga, Castelvita, Castelnuovo Cilento, Castel San Lorenzo, Ceraso, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Gioi, Laurino, Magliano Vetere, Moio della Civitella, Monteforte Cilento, Novi Velia, Orria, Ottati, Perito, Piaggine, Roscigno, Sacco, Salento, Sant'Angelo e Fasanella, Stio, Valle Dell'Angelo (Bottega Hub), Roccadaspide e Vallo della Lucania.

La Bottega è un presidio di prossimità sociosanitaria all'interno del quale lavora un infermiere, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali

(professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell’Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con il servizio civile.

Il servizio, nello specifico, è svolto tramite specialisti per 5 giorni settimanali (ogni giorno è dedicato a una specifica branca), dal lunedì al venerdì. Le ore previste in presenza (4 ore complessivamente) sono effettuate presso la Bottega HUB e per 8 ore settimanali per ciascuna branca specialistica da remoto.

Alla tecnologia è poi deputato il compito di collegare le Botteghe, tramite l’utilizzo diffuso della telemedicina. Oltre al servizio infermieristico di prossimità, in ognuna delle Botteghe è attivo un servizio specialistico in presenza e in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell’apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari compreso demenze e polipatologie dell’anziano fragile).

Le Botteghe, oltre ad essere funzionalmente integrate con la Farmacia dei servizi per ogni paese coinvolto, ospitano anche i Medici di Medicina Generale e le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT della zona, che ruotano su più sedi coprendo i propri assistiti o anche altri in caso di non copertura. Alcune delle Botteghe, poi, ospitano i servizi di continuità assistenziale (ore notturne e giorni pre-festivi e festivi) oggi ospitati in altri locali. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti.

I city competent fanno quindi parte dell’ecosistema delle Botteghe della Comunità della ASL

Salerno, arricchendo la parte degli stakeholder che contribuiscono a sensibilizzare e far conoscere i servizi delle Botteghe.

Il D.M. 23 maggio 2022, n. 77 “*Regolamento recante definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*” (in G.U. n. 144 del 22 giugno 2022), individua il nuovo approccio organizzativo, che prevede l’utilizzo di sistemi di stratificazione della popolazione e la definizione delle funzioni delle figure professionali già operanti all’interno dell’Azienda Sanitaria, tra i nuovi servizi territoriali, come sintetizzato nella tab. 2.

Nell’Appendice A (*riportata in calce all’articolo*) è riassunta la gestione innovativa delle risorse umane introdotta dal D.M. 77/2022.

Per mettere in atto e coniugare le esigenze di informazione e i nuovi modelli sanitari di integrazione socio-sanitaria nel 2024, la ASL di Salerno e l’IPACS (Servizi di Coaching Istituzionale e Pubblico) hanno lanciato il modello City Competent sull’innovazione Bottega della Comunità, con l’obiettivo di alfabetizzare i cittadini del Cilento interno affinché usufruiscano della medicina di prossimità, senza andare in ospedale.

Risultati del modello City Competent raggiunto nella ASL di Salerno nella selezione dei cittadini competenti

Sulla base dell’analisi dei risultati del profilo professionale dei 25 Cittadini Competenti nel Cilento interno e del relativo test di valutazione delle competenze in uscita ORG EI Q, riassunti rispettivamente nella seguente fig. 4 e nella tab. 3,

Tab. 2 - Principali referenti per i nuovi servizi territoriali

<i>Interdisciplinary team</i>	<i>Main contact for</i>
General Practioner, Community doctor, Service doctor	Clinical pathway for territory planning and Community House activities
Nurse	Global needs analysis
Specialised doctor	Diagnostic and therapeutic complexity
Pharmacist	Pharmacological therapeutic program
Psychologist	Assessment of psychological needs
Social worker	Assessment of social needs

abbiamo potenziato i 10 comportamenti virtuosi del modello IPACS in 25 potenziali Cittadini Competenti, finalizzati al superamento degli ostacoli di accettazione della Bottega della Comunità.

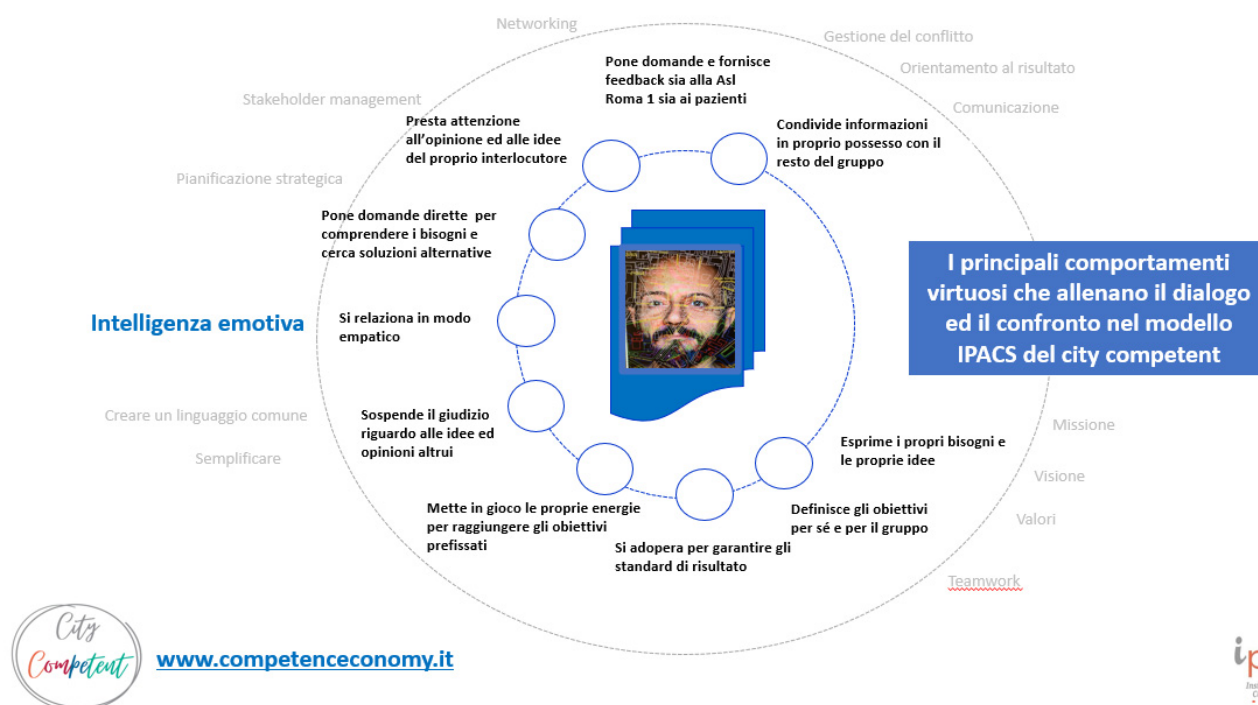
L'arte partecipativa, con lo strumento del dialogo e del feedback, utilizzata nella narrazione di una strada in ciascuna delle 28 aree del Cilento, ha spostato il team da un approccio centrato su se stesso, sulla propria visione della realtà, a una visione integrata con le prospettive degli altri. Lo sviluppo di una visione complessiva nella cittadinanza è stato fornito con la partecipazione dei 25 cittadini competenti alle 3 installazioni artistiche nelle strade, di cui un esempio è riportato nella fig. 5.

L'installazione è composta dalla foto del city competent, dalla mappa della strada, scelta dal partecipante, e dalla relazione tra la strada e la narrazione del cittadino competente.

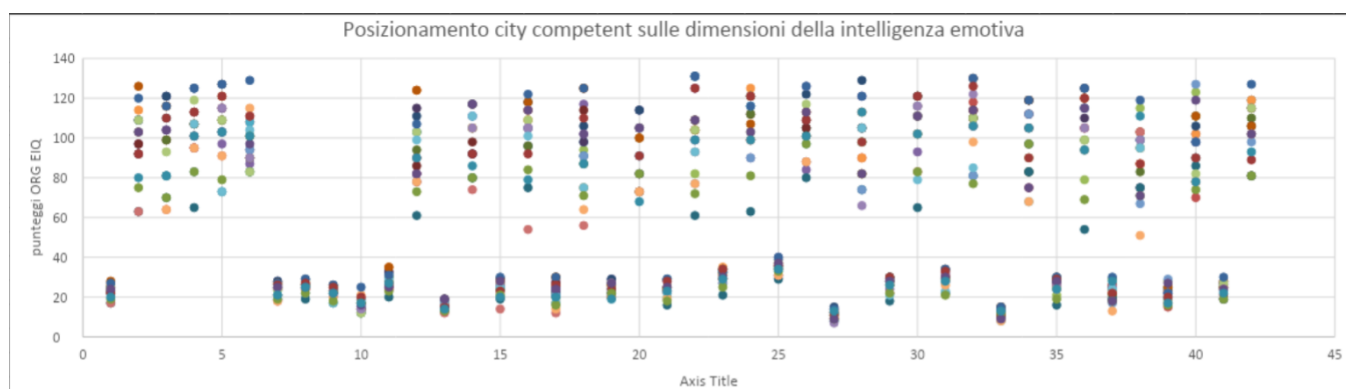
Sullo sfondo dell'opera è associato un codice QR legato al progetto.

L'arte partecipativa ha allenato il dialogo e il confronto tra le nuove competenze cittadine e i manager istituzionali, che ha facilitato i cittadini a pensare in modo analitico e strategico e a trarre vantaggio dalle aree di implementazione, migliorando la pianificazione e il processo decisionale, nonché il legame empatico con gli anziani.

Fig. 4 - Profilo professionale del City Competent nel Cilento interno



Tab. 3 - Risultati ottenuti grazie al potenziamento della soft skill Intelligenza Emotiva (Test Org EIQ)



Discussione e conclusioni

Un team interdisciplinare di economisti, artisti, pedagogisti, coach e psicologi ha lanciato dal 2021, sotto il coordinamento della Dott.ssa Cioffi (www.competenceconomy.it), il Manifesto dell'Economia delle Competenze per studiare come l'intelligenza emotiva possa migliorare la capacità degli individui di migliorare il cambiamento e la flessibilità nell'accettare un'innovazione come un nuovo modello di approccio organizzativo e interistituzionale per prendersi cura delle persone e Territori. L'idea centrale è che il potenziamento dell'intelligenza emotiva delle persone competenti in città possa favorire la cittadinanza partecipativa trasformativa e facilitare le relazioni interistituzionali. Inoltre, le pubblicazioni dimostrano che un'intelligenza emotiva più elevata aumenta la felicità e il benessere, compensa l'effetto negativo della disuguaglianza percepita e crea un effetto indiretto sulla felicità e il benessere alimentando un modello organizzativo interistituzionale sostenibile e innovativo (2).

Considerando tutti questi risultati insieme, il team prevede un possibile futuro in cui le persone City Competent possono contribuire ad alimentare una società più tecnologica, equa, felice in cui gli individui diventano i protagonisti del

proprio futuro. In questo articolo vogliamo sottolineare che un modello territoriale interistituzionale, basato sulle competenze cittadine e sull'approccio artistico partecipativo, facilita la presa in carico delle Botteghe della Comunità da parte dei territori più lontani ed inaccessibili.

Per raggiungere l'obiettivo di implementare un nuovo modello territoriale che faciliti un percorso di presa in carico dei cittadini più lontani, in tempi brevi, è necessario un progetto di alfabetizzazione degli operatori e dei cittadini su una serie di *soft skills*, potenziate dall'arte partecipativa e dal *team coaching*. È inoltre utile avviare un processo di certificazione per i rappresentanti di alcune associazioni di pazienti, operanti nel territorio della ASL di Salerno, come cittadini competenti per sostenere la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari del PNRR.

L'arte partecipativa accelera l'empowerment della comunità nelle *soft skill* dell'intelligenza emotiva, in particolare per quanto riguarda il dialogo e la comunicazione empatica (3).

In aggiunta alle questioni affrontate dal Modello di Economia delle Competenze, l'alto tasso di vecchiaia e di solitudine impone la necessità di nuove competenze. A sua volta, l'aggiornamento delle competenze ridisegna i contenuti e i target di insegnamento, includendo le persone adulte che necessitano di formazione permanente.

Il livello di competenze acquisite influenza il benessere delle persone e apre opportunità che altrimenti sarebbero precluse; d'altra parte, l'apprendimento permanente è utile per costruire e partecipare alla società contemporanea. In una società in cui la scarsa fiducia nella politica e nelle istituzioni democratiche è sostituita da un approccio innovativo con l'Arte Partecipativa, che decostruisce le convinzioni delle persone e costruisce un ponte tra istituzioni e cittadini, tra i cittadini di una comunità per raggiungere specifici obiettivi comuni, lavorando e co-creando insieme.

Fig. 5 - Cittadino competente come opera d'arte nelle Botteghe della Comunità



Appendice A

D.M. N. 77/2022

SINTESI DELLA GESTIONE MULTIPROFESSIONALE

Nuove professioni. Le nuove competenze si traducono in nuove professioni digitali, tutte in grado di gestire la complessità delle nuove tecnologie. Dal *Data Scientist* all'*IoT Software Engineer*, è necessario individuare le figure adatte e integrarle con quelle già presenti in azienda. Inoltre, con il

D.M. 77/2022, vengono attivati i servizi di gestione delle cure transitorie, che prevedono l'utilizzo di risorse multiprofessionali e multidisciplinari, con una visione globale dei percorsi clinico-assistenziali disponibili, e una grande capacità di comunicazione e di relazioni di *team working*.

Mercato del lavoro. Grazie al D.L. n. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" (convertito con L. 6 agosto 2021, n. 113), è possibile assumere personale specificamente destinato alla realizzazione dei progetti delle Amministrazioni di cui hanno diretta titolarità di attuazione. Per accelerare le procedure di reclutamento del personale a tempo determinato per l'attuazione del PNRR, è possibile per le Amministrazioni coinvolte stipulare contratti di lavoro e di collaborazione a tempo determinato per un periodo complessivo superiore a trentasei mesi, ma non superiore alla durata dell'attuazione dei relativi progetti (non oltre il 31 dicembre 2026). Il mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali previsti dal progetto costituisce giusta causa di recesso da parte dell'amministrazione ai sensi dell'art. 2119 cod. civ. Inoltre, le amministrazioni possono espletare le procedure concorsuali relative al reclutamento di personale con contratto di lavoro a tempo determinato per l'attuazione dei progetti NNRP con modalità digitali. A tal fine, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha realizzato una *piattaforma unica per il reclutamento* nelle Amministrazioni centrali e la pianificazione strategica del personale, con percorsi di selezione rapidi, trasparenti e rigorosi per selezionare i profili tecnici e manageriali necessari all'attuazione del PNRR. Il portale mira a migliorare la qualità del reclutamento nella Pubblica Amministrazione attraverso un innovativo sistema digitale che semplifica e velocizza l'incontro tra domanda e offerta di lavoro pubblico. Per supportare la pianificazione strategica del personale, la definizione di piani di sviluppo e l'individuazione di eventuali gap formativi, la piattaforma sarà integrata con le informazioni relative alle competenze e alle capacità del personale esistente, con l'obiettivo di valorizzare i dati raccolti attraverso sistemi di intelligenza artificiale e business intelligence. Alla base, un set definito di "descrittori di competenze" (anche soft, cioè comportamentali) da utilizzare per comporre i diversi profili professionali e da utilizzare come parametro di riferimento per le politiche di assunzione, per migliorare la coerenza tra competenze possedute e percorsi di carriera e per progettare percorsi formativi a partire dall'effettiva rilevazione dei gap di competenze.

Per favorire la selezione e la rapida assunzione di profili specialistici, sarà possibile attivare anche *percorsi di selezione diversi dal concorso*, ad esempio attraverso convenzioni con università, centri di alta formazione e associazioni professionali. Il personale così selezionato avrà un contratto a tempo determinato e l'esperienza e le competenze maturate potranno essere valorizzate ai fini dell'assunzione, in relazione al raggiungimento degli obiettivi legati ai singoli progetti, seguendo una specifica procedura di selezione.

Social Recruiting. Il Social Recruiting è un metodo sempre più frequente adottato dai professionisti per trovare lavoro e dalle aziende per assumere nuovi collaboratori. Inoltre, attraverso una strategia mirata da parte delle organizzazioni, è possibile non solo reclutare i migliori candidati, ma anche fidelizzare i propri dipendenti.

Employer Branding. Per fare assunzioni di qualità, l'azienda deve anche poter essere scelta. Per questo motivo, è sempre più necessaria una strategia di Employer Branding, ovvero un processo di promozione volto a distinguersi dalle altre organizzazioni, per attrarre personale qualificato. Nel contesto delle aziende sanitarie, potrebbe quindi essere utile definire una strategia sociale finalizzata alla ricerca di nuovi talenti, alla condivisione di offerte di lavoro e al consolidamento di un insieme di processi per promuovere l'azienda come datore di lavoro ideale per uno specifico target che l'azienda intende attrarre, assumere e trattenere. In questo modo è possibile essere un "great place to work", cioè avere l'immagine di un ambiente di lavoro collaborativo, stimolante, dove è possibile raggiungere gli obiettivi aziendali grazie a una visione comune, un ambiente di cui possono beneficiare i dipendenti, collaboratori e il management. Questo si traduce in assunzioni di qualità, dipendenti fedeli e un aumento della produttività grazie alla soddisfazione sia del management che dei candidati.

Valutazione delle soft skills e delle attitudini. La valutazione delle *soft skills* può spesso fare la differenza ed essere decisiva nella scelta del candidato migliore e nel completamento dell'intero processo di assunzione. È noto che l'89% delle assunzioni è sbagliato a causa della mancanza di personalità o di motivazione del candidato, spesso dovuta alla mancanza di un'analisi approfondita delle *soft skill* (<https://www.pwc.com/gx/en/ceo-survey/2019/Theme-asset/s/reports/talent-trends-report.pdf>).

Analisi delle soft skills. Le *hard skills* (competenze tecnico-professionali quali conoscenze informatiche, diplomi universitari, certificati, referenze, esperienze) rappresentano un buon punto di partenza nella fase iniziale di un processo di reclutamento, ma non sono sufficienti: l'intuizione, l'empatia, l'ambizione, l'intelligenza emotiva, la tenacia nel raggiungere gli obiettivi professionali, la forte capacità di organizzare il lavoro, il comportamento esemplare in un ambiente di lavoro, l'attitudine alla collaborazione in team, ad esempio, rappresentano competenze trasversali cruciali per l'avvio di una carriera professionale di successo, in tutti gli ambienti professionali, anche quelli più tecnici.

Non è facile quantificare e identificare le *soft skills*: può essere molto complicato, ad esempio, individuarle in un colloquio di gruppo perché non sempre emergono da test attitudinali o di personalità. La qualità delle domande, durante un processo di selezione strutturato, diventa quindi fondamentale: devono essere mirate ed efficaci per raggiungere l'obiettivo finale. Il momento del colloquio è quindi centrale, con domande mirate a valutare le modalità di risposta che riflettono gli orientamenti dei candidati in specifiche attitudini.

Durante il colloquio, ci sono alcune precauzioni da tenere a mente per non scegliere il candidato sbagliato ed evitare di non raggiungere il risultato desiderato. Ecco un esempio di bandiere rosse a cui prestare attenzione quando si cerca di valutare le soft skills di un candidato.

Quando i candidati danno *risposte preconfezionate*. A volte i candidati, di fronte a domande generiche e consuete come “Descrivi il tuo ruolo all'interno del team”, forniscono risposte standard e predefinite. Diventa quindi importante aggiungere alle domande, scenari e situazioni ipotetiche che colgano di sorpresa il candidato, “costringendolo” a riflessioni immediate.

Quando il candidato è *incoerente*. Per ricercare e soddisfare una specifica *soft skill* non è necessario concentrarsi su un solo percorso. Confrontare, ad esempio, le risposte dei candidati durante il colloquio con le loro e-mail o le loro prestazioni in un determinato compito è un buon modo per valutare la coerenza delle competenze del candidato.

Il candidato non fornisce esempi specifici. Una buona risorsa deve essere in grado di mettere in relazione le proprie soft skill con esperienze di vita reale. Un candidato che non fornisce mai esempi specifici relativi alle sue esperienze di vita è probabilmente una risorsa su cui non puntare.

Il candidato non ha un'attitudine culturale. Il candidato migliore è quello che ha un background e una mentalità che si adattano perfettamente alla cultura, alla visione e alla logica aziendale. In questa direzione, diventa fondamentale l'immagine comunicata dall'azienda attraverso una perfetta strategia di Employer Branding.

Esistono anche sistemi di supporto al processo di selezione che permettono di impostare schede di valutazione personalizzate per il ruolo ricercato, l'assegnazione di cartellini, video interviste.

Impostare il processo di selezione con un'analisi strutturata (anche con il supporto di società specializzate) delle *hard* e *soft skills* non solo permette di individuare le figure corrette per specifici ruoli, ma riduce anche i tempi e il rischio di insofferenza del personale.

Benessere dei dipendenti. Un primo passo potrebbe essere quello di introdurre il welfare aziendale attraverso benefit non monetari, che hanno l'obiettivo di migliorare il benessere e la qualità della vita delle risorse umane e delle loro famiglie. Non trattandosi di compensi monetari, i beni e i servizi non gravano sulle finanze del datore di lavoro e, allo stesso tempo, favoriscono il miglioramento della produttività di collaboratori e dipendenti.

Vantaggi dell'Age Management. Un altro fattore, importante per promuovere l'inclusione delle risorse umane, riguarda le iniziative volte a favorire il dialogo e la cooperazione tra generazioni, spesso molto diverse in termini di competenze e approcci lavorativi. Rispetto agli ultimi decenni, è aumentata la percentuale di lavoratori senior e, al contrario, è diminuito il numero di figure junior. Le iniziative di Age Management diventano quindi sempre più indispensabili.

Smart Working. Per Smart Working si intende un modello organizzativo flessibile che collega gli elementi digitali a quelli del benessere personale. Tuttavia, fare Smart Working non significa semplicemente “lavorare da casa”. Si tratta infatti di una vera e propria filosofia manageriale, capace di portare benefici in termini di produttività e riduzione dei costi. Prima dell'emergenza sanitaria, solo poche grandi aziende avevano colto i benefici del Smart Working. Oggi, invece, le cose sono cambiate e altre aziende hanno compreso l'importanza di questo nuovo modello di lavoro agile. Anche nel settore sanitario, le aree di analisi, pianificazione, reportistica e le attività di telemedicina possono favorire l'articolazione del lavoro anche da remoto, per promuovere l'integrazione tra attività lavorative, personali e familiari.

Sviluppo delle competenze digitali. Un altro elemento chiave del PNRR in materia di lavoro è lo sviluppo delle competenze digitali da parte dei cittadini italiani, necessarie per cogliere appieno le opportunità offerte dall'innovazione tecnologica, sostenere la transizione verde e digitale e potenziare la crescita economica. Secondo i risultati dell'Indice DESI (<https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/policies/desi>), oggi in Italia solo il 42% delle persone tra i 16 e i 74 anni possiede almeno le competenze digitali di base (contro il 58% dell'UE), ben lontano dalla soglia del 70% che la Commissione europea si è prefissata di raggiungere entro il 2025. Le misure di sostegno previste dal piano sono:

- *riconoscimento di crediti d'imposta alle aziende* che investono in attività di formazione per la digitalizzazione e lo sviluppo delle relative competenze;

- *sviluppo di un modello di riqualificazione manageriale (per il digitale)*, focalizzato sulle PMI con programmi di formazione ad hoc, con il coinvolgimento delle associazioni di categoria e l'utilizzo di modelli di divulgazione incentrati sulle piattaforme digitali;

- *programmi di formazione ad hoc durante i periodi di cassa integrazione*, incentivati dal taglio (temporaneo) del cuneo fiscale sia per l'azienda che per il lavoratore, in un'ottica di *upskilling* digitale;

- *istituzione del Servizio Civile Digitale*, un'area specifica di attuazione del servizio civile universale per valorizzare il ruolo dei giovani come “facilitatori digitali” con il compito di aiutare circa un milione di utenti ad acquisire competenze digitali di base;

- *rafforzamento dell'istruzione professionale*, in particolare degli Istituti Tecnici Superiori e delle discipline STEM. Sono previsti maggiori investimenti per l'Istruzione Tecnica Superiore e interventi infrastrutturali, come la predisposizione di ambienti di apprendimento connessi e arricchiti da strumenti digitali.

Formazione continua. La maggior parte delle iniziative previste dal Piano sono legate alle politiche attive del lavoro e hanno un impatto limitato su chi già lavora. Tuttavia, le sfide legate all'aggiornamento continuo delle competenze, e allo sviluppo della conoscenza digitale, coinvolgono l'intera forza lavoro e la formazione aziendale assume un ruolo sempre

più strategico per la competitività delle imprese. Il dubbio è che rimanga limitante parlare di formazione quasi esclusivamente in relazione alla mobilità dei lavoratori, alla ricollocazione e alla ricerca del primo impiego.

In un mercato del lavoro sempre più fluido come quello che si prospetta a breve, il vero obiettivo sarà quello di garantire una formazione continua (*lifelong learning*) a tutti i lavoratori e su questo le azioni previste dal PNRR non sembrano essere efficaci.

È importante, tuttavia, durante l'attuazione degli interventi previsti dal PNRR, garantire un'adeguata formazione del personale all'uso dei sistemi digitali e alle nuove modalità di lavoro e di relazione richieste, ad esempio nella gestione dei percorsi di cura di transizione o dei servizi di telemedicina.

La mappatura delle competenze interne, (anche nell'ambito delle 6 *soft skills* citate in precedenza), il benchmarking con risorse interne ed esterne e l'individuazione dei gap, sono certamente punti chiave da cui partire per la costruzione di percorsi formativi più efficaci, per attivare la pianificazione strategica di nuove risorse da inserire e per la gestione più fluida di carriere e promozioni. Tuttavia, per dare seguito a un cambiamento significativo di questa portata, le amministrazioni e il personale avranno bisogno di percorsi di *coaching*, di programmi di *change management* e di piani di formazione specifici, oltre all'utilizzo dei corsi online e delle comunità di pratiche attualmente previste dal Piano.

Nel settore sanitario, sarebbe opportuno integrare i percorsi formativi già in atto con le azioni di sviluppo delle competenze digitali, e il tirocinio nelle realtà operative che saranno previste già dal 2024, come COT, CdC, IFEC. Questi percorsi integrati permetteranno l'ingresso nel mondo del lavoro di personale già orientato nei percorsi operativi creati per l'attuazione degli interventi del PNR. Il percorso formativo dovrà creare un processo di osmosi tra le competenze favorite anche dal supporto della componente tecnologica.

L'importanza di una definizione immediata di percorsi formativi integrati per la creazione di nuove figure professionali (ad esempio esperti di cure transitorie) in alcuni casi, e in altri casi riqualificate, diventa un fattore critico per il successo/fallimento delle azioni strutturali e di sistema che si stanno intraprendendo con il PNRR. Il cambiamento dei ruoli e l'innovazione tecnologica diventerebbero anche un elemento di aiuto in questa fase di carenza strutturale di figure professionali, oltre a contribuire a innescare utili processi motivazionali nei professionisti.

Note

- (1) <https://www.mef.gov.it/en/focus/The-National-Recovery-and-Resilience-Plan-NRRP>, s.d.
- (2) <https://www.nomisma.it/press-area/competenze-benessere-organizzativo-piessepi-gidp/>
- (5) L'uso dell'arte partecipativa applicata all'alfabetizzazione in telemedicina: <https://www.intechopen.com/online-first/1178350>

Bibliografia

- Cioffi F. et al. (2023): *Come agisce l'intelligenza emotiva sulle politiche istituzionali? Un nuovo set di comportamenti per facilitare l'implementazione del Recovery and Resilience Plan (RRP) nelle Unità Sanitarie Locali in Italia*, <https://hpr.termidia.pl/How-does-emotional-intelligence-act-on-institutional-policies-A-new-set-of-behaviors,166564,0,2.html>.
- Cioffi F. et al. (2022/a): Un percorso di formazione scientifica e di coaching integrato per accelerare l'eradicazione dell'HCV e l'uso della telemedicina per i pazienti con COVID 19 in 5 unità sanitarie locali in Italia. *Special Report - Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences*, 13(2): 137-140; doi 10.30476/IJVL2022.95094.1150.
- Cioffi F. et al. (2022/b): Impatto del coaching sulla resilienza e sulla propensione all'"azione" o alla "valutazione". Studio sperimentale pilota condotto su una popolazione di 176 adulti. *Recenti Prog Med*, 113: 123-128.
- Cioffi F. et al. (2021): Strumenti per lo sviluppo e la misurazione delle competenze per l'innovazione clinica: Il caso della telemedicina e il caso dell'eradicazione del virus. *Mecosan*, 118_2021.indd 133 09/07/21.

Responsabilità medica e valutazione del rischio suicidario

ANGELOMARCO BARIOGLIO

Direttore U.O.C. Psichiatria Territoriale - AST Ascoli Piceno

Riassunto: L'evento suicidario, problema cruciale della disciplina psichiatrica, contrariamente a quanto ritenuto nella comune opinione, non è necessariamente correlato a patologie psichiatriche. In realtà, l'atto suicidario, trae origine da una commistione di elementi etiopatogenetici, di natura assai dissimile tra loro ed è considerabile come una dimensione che avvolge il soggetto in crisi, uno stato di sofferenza e di perturbazione della mente non ancorato a singoli fattori.

Nella prima parte, viene indagato con attenzione l'attuale impianto normativo che definisce la responsabilità colposa del medico. Si valutano i profili di negligenza, imprudenza e imperizia e la caratterizzazione, per il medico, dell'obbligazione di mezzi e di diligenza, e non di risultato. Si sottolinea che il nesso causale in caso di responsabilità del medico, per morte del paziente, deve essere provato al di là di ogni ragionevole dubbio.

Nella seconda parte, viene esaminata la gestione clinica del rischio suicidario.

Si sottolinea che, nel suo procedere professionale, lo psichiatra si deve attenere allo standard di cure ("standard of care"), vale a dire all'insieme di capacità e di mansioni proprie di uno psichiatra medio in circostanze simili.

Quali aspetti prioritari nella valutazione del rischio suicidario, vengono esaminati sia la determinazione dello status psichico, che il problema di un valido consenso.

Viene posta una particolare attenzione anche alla rilevazione di situazioni di rischio imminente, che vengono evidenziate da peculiari segnali di allarme, tipici cambiamenti comportamentali che pongono l'accento su uno stato di sofferenza e sul rischio potenziale di suicidio nel breve termine.

Infine, viene indagato il ruolo delle cause sopravvenute nella determinazione del rapporto di causalità tra la eventuale condotta omissiva del medico e l'atto suicidario, con particolare attenzione alla concezione della "ragionevole anticipazione del rischio".

Parole chiave: evento suicidario, responsabilità colposa, valutazione del rischio, standard of care, segnali di allarme, cause sopravvenute

1. Introduzione

Nel presente lavoro, affronteremo l'argomento della responsabilità del medico in caso di atto suicidario. Si tratta, probabilmente, dell'evento più drammatico nell'ambito della pratica psichiatrica.

Illustreremo, nel primo capitolo, il tema della responsabilità medica in linea generale. Nel secondo capitolo analizzeremo l'argomento specifico della responsabilità medica in caso di suicidio ed esamineremo in maniera articolata le modalità di valutazione del paziente a rischio di suicidio.

Nelle conclusioni, considereremo sinteticamente gli elementi evidenziati e le indicazioni di comportamento guadagnate.

Nella pratica psichiatrica, il suicidio del paziente è un rischio professionale inevitabile. Secondo il consueto pensiero medico, si ritiene che il suicidio sia per lo più un sintomo, secondario a un disturbo psichiatrico o a una patologia medica e che sia una conseguenza diretta dello stato di malattia. La letteratura, partendo soprattutto da studi di autopsia psicologica, pone l'accento sul fatto che il 90% dei soggetti suicidi soffriva di un disturbo mentale.

Nell'ambito degli studi di suicidologia, si ritiene con forza che il fenomeno suicidario non è più considerabile come «qualcosa di meccanicistico o lontano dall'individuo ma, al contrario, come una dimensione che avvolge il soggetto in crisi, uno stato di sofferenza e di perturbazione della mente non ancorato a singoli fattori. Il desiderio di morire tocca gli aspetti più intimi dell'individuo, lo sconvolge, lo spinge a ragionamenti tortuosi, lo rende inquieto e ambivalente. I processi che si innescano nella mente suicida sono ancorati alla personalità dell'individuo e al grado di sofferenza della mente anziché alla sola variabile del disturbo psichiatrico. Per comprendere la mente suicida occorre innanzitutto capire le ragioni che motivano il desiderio di vivere. Laddove queste ragioni vengano meno, è necessario identificare che cosa ostacoli l'attitudine a guardare al futuro, a credere di poter essere felici e ad avere fiducia» (Pompili, 2022, pag. 19).

Il fatto che l'evento suicidario è solo parzialmente legato alle patologie psichiatriche è espresso dalla considerazione che la letteratura scientifica internazionale riconosce un incremento del 20% del rischio di suicidio nei soggetti con diagnosi di depressione. Tale aumento subisce un ulteriore incremento se associato a disturbi d'ansia ed arriva a un significativo 38% nel caso di comorbidità con un disturbo post-traumatico da stress. Tali dati rappresentano solo un esiguo esempio dell'ampio contingente di variabili, che devono essere tenute in considerazione dallo specialista e rendono ragione della complessità intrinseca al tentativo di formulare una prognosi rispetto al singolo caso, al fine di poter evitare il fenomeno suicidario.

A tal riguardo giova rammentare che non solo l'etiopatogenesi del suicidio è ascrivibile a molteplici quadri psicopatologici, ma che la patologia psichiatrica rappresenta solo uno dei fattori favorevoli l'atto autoaggressivo, che quindi trae origine da una commistione di fattori, di natura assai dissimile tra loro, quali quelli biologici, culturali, ecc. (Pompili, Girardi, 2015, pag. 685).

1. Considerazioni Medico-Legali

1.1 Negligenza, imprudenza ed imperizia

Allo stato attuale, il focus principale è focalizzato sulla valutazione del rischio di suicidio, non nel senso che si possa prevedere il suicidio, bensì che si debba giudicare correttamente ogni aspetto

del paziente, facendo riferimento a nuovi modelli di comprensione che consentono di disporre di un numero maggiore di elementi ai fini decisionali.

Il rischio del clinico, in caso di suicidio del paziente, è quello di essere accusato di negligenza, imprudenza o imperizia. Queste fattispecie si configurano quando il comportamento del clinico, non intenzionalmente, contribuisce al suicidio e tale comportamento può essere valutato in rapporto ad un sistema che dovrebbe riferirsi allo standard di cure.

Lo standard di cure è «quel grado di cura che uno staff o un professionista ragionevolmente prudenti dovrebbero esercitare in circostanze uguali o simili» (Pompili, 2022, pag. 110). Se si ritiene che il clinico abbia agito al di sotto dello standard di cura, a causa di una violazione conseguente ad atti di omissione e che il suicidio possa essere argomentato efficacemente come conseguenza di tale violazione, direttamente e prossimamente, tale azione può essere considerata negligenza. Così in caso di malpractice i danni subiti derivino dalla sua presunta negligenza.

La negligenza può essere descritta come qualcosa che il clinico avrebbe dovuto fare e non ha fatto o ha omissso. Per stabilire la negligenza ci si può riferisce al principio delle 4D; esso annuncia la necessità di provare che nell'azione del clinico siano riscontrabili le quattro fattispecie: *Dereliction of Duty Directly cause Damages* "inadempienza ai doveri che ha direttamente arrecato danno" (Pompili, 2022, pag. 113). Difatti, la sola negligenza non fa insorgere una immediata responsabilità.

Per dimostrare la responsabilità del clinico è necessario provare: la presenza di una relazione terapeutica tra il medico e il paziente e quindi un dovere di cura; successivamente occorre provare che il medico ha violato il dovere di cura dovuto al paziente, che il paziente ne è stato danneggiato e che il danno è stato direttamente causato dalla negligenza del medico.

L'imprudenza ha luogo se il medico agisce con avventatezza, eccessiva precipitazione o ingiustificata fretta, senza adottare quelle cautele consigliate dalla ordinaria prudenza o dall'osservanza di precauzioni doverose. La prudenza presuppone che il medico o chiunque eserciti una professione sanitaria, conosca bene la regola dell'arte, sappia scegliere il modo più opportuno e tempestivo per attuare il proprio intervento e

abbia a prevedere quali possano essere le conseguenze del suo operato.

L'imperizia ha un profilo squisitamente tecnico e deriva dalla mancanza di nozioni scientifiche e pratiche o da una insufficiente esperienza professionale. La perizia del medico o di un altro sanitario consiste nel sapere e nel saper fare ciò che è richiesto dal proprio campo di attività. Si considera imperito colui che non sa o non sa fare quello che ogni altro collega di pari livello professionale avrebbe correttamente eseguito nelle stesse circostanze.

1.2 Responsabilità colposa del medico

La L. 8 novembre 2012, n. 189 (in G.U. 10 novembre 2012, n. 263) recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", c.d. Legge Balduzzi (D.L. 158/2012, oggi abrogato), aveva disposto che: «*L'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo*».

Con sentenza 15495 del 7 aprile 2014 la Corte di Cassazione ha però stabilito che il sanitario, nei casi di negligenza e d'imprudenza, risponda anche per colpa lieve, pur essendosi attenuto alle linee guida e alle buone pratiche condivise dalla comunità scientifica.

Vale la pena ricordare ancora una volta che imprudenza e negligenza non sono mai perdonate dal giudice.

Fino a tempi recentissimi la Cassazione ha ritenuto applicabile la Legge Balduzzi soltanto in caso di colpa per imperizia.

Si sottolinea, comunque, che non esiste alcun repertorio "ufficiale" delle linee guida, né esiste un sistema di accreditamento delle stesse da utilizzare all'interno di un giudizio penale ai sensi della Legge Balduzzi.

Nella G.U. 64 del 17 marzo 2017 è stata pubblicata la L. 8 marzo 2017, n. 24, recante «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie» (c.d. Legge Gelli-Bianco), che interviene tra l'altro e in particolare sulla disciplina delle linee guida (art. 5) e della responsabilità colposa nell'attività medico-chirurgica (1).

Quindi, è abrogata la disposizione penale della legge Balduzzi che prevedeva la punibilità solo per colpa grave nell'ipotesi in cui il sanitario si fosse attenuto a linee guida si elimina la distinzione fra colpa grave e colpa lieve e si stabilisce che, se l'evento si è verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa solo quando sono state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto (Fornari, 2024, pagg. 1181).

In definitiva «*Il catalogo delle linee guida, comunque compilato, non può mai esaurire del tutto i parametri di valutazione cui il sanitario deve attenersi nel rispetto delle "buone pratiche clinico-assistenziali"*».

In altre parole, le linee guida, astratte e suscettibili di imprevedibili e continue revisioni, integrazioni e modificazioni rispetto alle esigenze del momento, avallate da comitati che possono cambiare come composizione, cultura, contenuti, scopi e riferimenti "scientifici", non potranno mai soppiantare l'agire di un sanitario che interviene nel caso specifico in scienza e coscienza, mettendo in pratica le regole clinico assistenziali necessarie a tutela del diritto alla salute del suo assistito» (Fornari, 2024, pagg. 1212-3).

1.3 Responsabilità colposa e sentenza Franzese

Un altro aspetto di estremo rilievo è costituito dal fatto che «*l'attività professionale del medico è caratterizzata da un'obbligazione di mezzi e di diligenza, non di risultato (il professionista, assumendo l'incarico di diagnosi e cura, s'impegna a prestare la propria opera per raggiungere il risultato desiderato, ma non a conseguirlo obbligatoriamente)...*» e quindi «*i problemi di responsabilità non nascono dal non aver impedito l'evento, ma dall'aver ommesso l'intervento senza giusta causa, o averlo condotto in maniera inadeguata o averlo interrotto intempestivamente. L'inadempimento dell'obbligazione di risultato, ovviamente, non consiste nel mancato conseguimento del risultato desiderato (aspetto oggettivo), bensì nella mancanza o nel difetto di diligenza da parte del sanitario, che in tal modo disattende le legittime aspettative del paziente in tema di qualità di vita...*» (Fornari, 2024, pagg. 1214), come ben sottolineato nella letteratura forense.

Inoltre, si deve rimarcare che il nesso causale tra la condotta omissiva del medico e l'evento dannoso per il paziente deve essere provato di là da ogni ragionevole dubbio.

«In tema di esistenza del rapporto causale tra condotta omissiva del sanitario ed evento dannoso (in particolare: *Sul nesso causale in caso di responsabilità del medico per morte del paziente*; sentenza Franzese) la Cassazione Penale, a Sezioni Unite, l'11 settembre 2002 con sentenza n. 30328, in linea di principio aveva stabilito che: «Il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio contro fattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica, si accerti che, ipotizzandosi come realizzata (...) la condotta doverosa impeditiva dell'evento "hic et nunc", questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica».

La sentenza Franzese ha posto *fondamenta rivoluzionarie* nell'analisi del nesso causale in ambito penale. La ricostruzione del fatto viene ancorata ad una probabilità logica e non più statistica, facendo riferimento allo standard probatorio *dell'aldilà di ogni ragionevole dubbio* ...

Sempre la IV sez. Pen. della Cassazione, con sentenza n. 24835 del 27 maggio 2021 (dep. 25 giugno 2021) aveva precisato che: «L'iter che i giudici devono seguire prima di pronunciare una condanna penale nei confronti del medico o del sanitario per responsabilità professionale richiede valutazioni complesse, con necessità di tener conto di una serie di elementi puntuali prima di poter giungere ad affermarne la colpevolezza *al di là di ogni ragionevole dubbio*. Pertanto è da censurare per difetto di motivazione il provvedimento di condanna penale per colpa medica che non faccia alcun cenno a linee guida e/o alle buone prassi assistenziali, al giudizio controfattuale e al nesso di casualità» (Fornari, 2024, pagg. 1191-2).

2. Valutazione del Rischio Suicidario

2.1 Standard of care

Da tali elementi, ne consegue, nel campo specifico del rischio suicidario, che *l'obiettivo è la valutazione del rischio, non la predizione del suicidio, in quanto evento di per sé imprevedibile*. Nei casi di negligenza, la parte più difficile risiede nello stabilire se al momento della valutazione si potesse presumere in termini ragionevoli che il paziente potesse suicidarsi e se fossero state fatte le scelte opportune. È dunque appropriato scrivere in maniera dettagliata cosa si è programmato, come è stato valutato il rischio e come sono state prese certe decisioni.

Come già anticipato, la responsabilità professionale in ambito clinico è strettamente legata al concetto di standard di cure ("*standard of care*").

La letteratura riassume lo *standard of care* nell'insieme di capacità e di mansioni proprie di uno *psichiatra medio* in circostanze simili, oppure nelle iniziative di un clinico prudente e coscienzioso in ambito di prevenzione del suicidio. Deve essere distinto dalle *best practices*, riconducibili a un modello connotato da completezza ed eccellenza.

Nell'ambito dello standard di cure, si delineano tre compiti primari:

- 1) *valutazione* del rischio di suicidio;
- 2) attuare un *trattamento*;
- 3) implementare una *supervisione* con precauzioni ragionevoli ed adeguate.

Non si richiedono decisioni perfette, ma ragionevoli ed appropriate, basate sul giudizio clinico. I medici non sono responsabili in caso di errori di giudizio accidentali, la *responsabilità legale* si applicherà in caso di violazioni dello standard di cura e, in particolare, in assenza di una documentata valutazione del potenziale suicidario del paziente. Non si può "prevedere" ma bisogna "prevenire".

«Cercando di costruire sui recenti progressi, si sono identificati i criteri che un modello pratico dovrebbe soddisfare (Pisani et al., 2016):

- la formulazione del rischio dovrebbe essere ancorata al contesto clinico e alla popolazione di pazienti in cui si effettua la valutazione. Esiste un'elevata variabilità tra i clinici riguardo alla determinazione del rischio di suicidio. Clinici diversi possono giungere alla definizione di livelli differenti di gravità in uno stesso ambiente, così come impostazioni diverse possono influenzare la determinazione del rischio nei differenti ambiti;

- la formulazione del rischio dovrebbe riferirsi alla sua modulazione nel corso della vita dei singoli individui, rilevarne le caratteristiche salienti, operare un confronto tra rischio attuale e rischio pregresso e intercettare, approfondendole, possibili modificazioni del rischio in risposta a eventi futuri;

- la formulazione del rischio dovrebbe portare direttamente a strategie di intervento (Menon, 2013). I dati dovrebbero fornire i capisaldi per produrre piani di gestione del rischio» (Pompili, 2022, pag. 58).

2.2 Rischio nella pratica psichiatrica

Dalla letteratura le cause legali per suicidio rientrano di solito in una delle seguenti tipologie:

- suicidio di un paziente ambulatoriale;
- suicidio di un paziente ricoverato in una struttura sanitaria (Ministero della Salute, 2008, pagg. 3-8) (ASL Latina, 2022);
- suicidio di un paziente dimesso da poco tempo da una struttura (Casacchia et al., 2013, pagg. 8-20).

In questa ottica, si deve considerare che la Società Italiana di Psichiatria ha elaborato un documento dal titolo *“Psichiatria forense nella pratica psichiatrica quotidiana. Guida forense, riassuntiva ed operativa sulla base delle buone pratiche cliniche assistenziali approvate dalla Società Italiana di Psichiatria”* (Zanaldi et al., 2021, pagg. 5-15), riservando al tema del suicidio del paziente il primo capitolo.

In tale documento si prospettano alcuni aspetti fondamentali relativi al suicidio:

1) una eziologia clinica legata a numerose variabili (costellazioni di variabili) biologiche, psicologiche, psichiatriche, culturali, sociali, contestuali ecc. che interagiscono nel singolo individuo;

2) la formulazione di una diagnosi che valuti la complessa eziologia bio-psico-sociale ma anche la circostanzialità dell'evento nella unicità e irripetibilità delle circostanze psico-socio-culturali di tempo, luoghi e persone che caratterizzano il singolo evento;

3) la messa in atto di provvedimenti che spaziano, con differenti priorità, in relazione al caso clinico, nel campo medico, psicologico, psichiatrico, sociale, culturale, assistenziale, economico, legislativo, politico ecc. focalizzati sulla eziologia multideterminata e sulla diagnosi multiassiale.

Il documento sopra citato pone l'accento su alcuni elementi:

1) non esiste un metodo di valutazione scientifica clinico, attuariale o misto che permetta, nel singolo caso clinico di stabilire con obiettività di dati che un soggetto si ucciderà e un altro soggetto non si ucciderà (*imprevedibilità*);

2) *non esistono misure terapeutiche* (ricovero, contenzione, osservazione visiva continua, farmacoterapia, ecc.) in grado di evitare, soprattutto a media e lunga scadenza, che un soggetto che ha deciso di uccidersi o prima o dopo lo metta in atto (*inevitabilità*);

3) nella valutazione suicidaria sono presenti *numerosi criticità diagnostiche*:

- i fattori di rischio clinico e di protezione clinica, pur non rivestendo valore di causalità giuridica, possono variare rapidamente nel tempo come qualità, quantità e interazione reciproca;

- vi è la presenza di simulazioni e dissimulazioni dell'intento suicidario non manifeste e non rilevabili clinicamente;

- si rileva frequentemente una ambivalenza altalenante, non necessariamente consapevole, tra desiderio di vivere e di morire;

- è descritta, sovente, una impulsività situazionale anche ego-distonica allo stile di vita.

2.3 Valutazione dello status psichico e consenso

Soffermandoci adesso sulla valutazione del rischio suicidario, si rileva come sia di fondamentale importanza la valutazione dello status psichico, sia per quanto attiene all'eventuale emergere di gravi alterazioni psicopatologiche, che per quanto riguarda la capacità del paziente di fornire un valido consenso.

In considerazione della ampia variabilità nelle determinazioni dei clinici (Swain et al., 2019, pagg. 1636-1649), utili strumenti per suffragare le evidenze cliniche sono le scale di valutazione. Le due più utilizzate sono *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI) and *The Columbia - Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) (Andreotti et al., 2020, pagg. 276-281).

Bisogna tenere in considerazione che il rischio suicidario non è necessariamente secondario a patologie psichiatriche definite, potendo essere concepibile come una “dimensione” a sé stante.

Per quanto pertiene al consenso, si osserva, come sottolineato dal Fornari, che il consenso informato per essere giuridicamente valido prevede che il paziente abbia la capacità decisionale e sia libero di agire, sappia comprendere il significato dell'informazione che gli viene trasmessa, sia informato e consapevole delle conseguenze

positive e negative di quello specifico atto e dunque manifesti validamente il suo consenso, non lo revochi e non sia stato condizionato nel consentire. Al curante spetta dunque il compito di indagare e documentare il fatto che il paziente è in grado di comprendere la descrizione circa il proprio stato di salute e di comprendere le decisioni e le proposte terapeutiche da parte del medico.

Come ben illustrato dal Prof. Maurizio Pompili, «Appare chiaro che, se il paziente è in grado di valutare pro e contro del condividere informazioni sul proprio assetto suicidario con i curanti, ciò predispone...la prefigurazione di un consenso informato. Dunque, il fatto che il paziente abbia consapevolezza del proprio stato emotivo più intimo (integrazione cognitiva) e sia cosciente della propria storia personale depone per una valutazione in cui il clinico viene sollevato dal dover scovare elementi nascosti che indichino il piano suicidario.

In altre parole, per quanto concerne i soggetti che decidono deliberatamente di celare il piano suicidario sulla base di una lucida consapevolezza, non si dovrebbero riversare sul clinico elementi di colpevolezza.

Diverso è il caso in cui i soggetti risultino compromessi nelle capacità di giudizio o assorti nel loro stato di sofferenza tanto da inficiare la capacità di riportare efficacemente le intenzioni suicidarle; in questi casi, è spesso necessaria una più attenta valutazione, con approfondimenti e provvedimenti opportuni.

Per riassumere: se il paziente comprende che non rivelare i propri piani suicidari al medico impedirà a questi di aiutarlo; se è in grado di valutare il piano terapeutico e, dunque, di dividerne i benefici e le opportunità di miglioramento; se ha la possibilità di ricorrere all'aiuto dei clinici nel caso dovessero tornare elementi suicidari, allora il paziente dimostra competenze tali da consentirgli di giudicare se rivelare informazioni sull'intenzionalità suicidaria o meno (Gutheil, 1999). Quest'indagine documentata permette di svincolare il clinico dalla necessità di "leggere" nel pensiero del paziente. Inoltre, a questo proposito, nel caso in cui il paziente abbia bisogno di aiuto, un'utile tutela per il clinico consiste nel consegnare i numeri di riferimento da contattare nell'emergenza, documentando tale atto in cartella clinica. In presenza di queste circostanze, nel caso in cui il paziente decidesse di morire per suicidio qualsiasi accusa di negligenza sarebbe destinata a crollare, poiché il paziente ha

dimostrato di comprendere l'aiuto offerto, ma ha deciso di non trarne vantaggio, e questo non può essere ricondotto a una colpa del clinico...» (Pompili, 2022, pagg. 114-5).

Secondo il Prof. Ugo Fornari, nella valutazione del consenso, l'analisi del funzionamento mentale del paziente si articola in relazione alla capacità e possibilità di ricevere le informazioni, di comprenderle, di ragionarci su, di valutare il loro significato e di esprimere una scelta. È infatti importante verificare se vi siano deficit della memoria a breve termine e difficoltà nella rievocazione chiedendo al paziente di raccontare la sua storia. Il clinico inoltre può valutare anche la presenza di deficit intellettivi e valutare l'affettività e le reazioni emotive del paziente. L'integrità delle funzioni cognitive e intellettive, dello stato di coscienza e l'orientamento nel tempo e nello spazio e con le persone sono elementi che devono essere documentati ai fini della validità del consenso. Sintomi gravi e significativi di malattia mentale sono i tipici elementi che minano la competenza in termini decisionali e alterano la percezione, volizione e la cognizione. *Quindi, la corretta azione del clinico richiede di escludere significativi aspetti psicopatologici e documentare un funzionamento globale adeguato* (Fornari, 2024, pagg. 1118-20).

D'altra parte, si rileva spesso come persone soggette al rischio di suicidio presentino capacità decisionali integre e nessun elemento che impedisca loro di comprendere le proposte del clinico. *Sorprendente è la loro lucidità e puntualità nella definizione della propria sofferenza e nella configurazione del suicidio come migliore soluzione. In tali casi, non può essere rimproverato al clinico il fatto di non essere intervenuto in modo coattivo come, ad esempio, il mancato ricovero di un paziente che lo rifiuta, essendo capace di autodeterminarsi e in assenza dei criteri di TSO.*

Difatti, non sempre le motivazioni di un evento suicidario sono patologiche.

2.4 Rischio imminente

Quali sono gli accorgimenti per una corretta valutazione e gestione dei pazienti a rischio suicidario?

Il clinico è tenuto a riportare in cartella, registrando scrupolosamente ogni elemento:

- che il paziente era in grado di dare consenso (e quindi che le abilità intellettive, di coscienza, cognitive erano integre);
- di aver fatto una attenta valutazione, evidenziando i fattori di rischio e protettivi in salienza (Emilia Romagna - SSR, 2011, pagg. 2-4);

- di avere impostato e condiviso una strategia terapeutica con piano programmato, appuntamenti ravvicinati e rivalutazione, nel tempo, del rischio con eventuale modifica del piano di trattamento.

Nella valutazione del rischio suicidario, va posta una particolare attenzione alle situazioni di rischio imminente. Il rischio imminente è differente da un rischio acuto. In tali casi, per fare un esempio icastico, il paziente esprime l'intenzione di voler mettere in pratica un piano suicidario e rifiuta il progetto terapeutico.

Nella valutazione del rischio imminente, è molto importante la distinzione tra fattori di rischio e segnali di allarme.

I segnali di allarme rappresentano tipicamente cambiamenti comportamentali ovvero, nell'ambito del funzionamento dell'individuo, cambiamenti che pongono l'accento su uno stato di sofferenza e sul rischio potenziale di suicidio nel breve termine.

I fattori di rischio, come vengono classicamente concettualizzati, sono statici (per esempio, un disturbo psichiatrico), mentre i segnali di allarme sono episodici e variabili (pensieri, comportamenti preparatori per il suicidio, ecc.). I segnali di allarme, presi singolarmente, sono poco illuminanti al fine di avanzare previsioni; assumono tuttavia rilevanza se sono compresenti ed al crescere del loro numero. Essi denotano spesso una crisi suicidaria e pongono la necessità di un intervento immediato.

Ormai da tempo l'*American Association of Suicidology* ha proposto la seguente lista di segnali di allarme noti con l'acronimo IS PATH WARM?

I - *Ideation* (ideazione suicidaria, minacciata o comunicata);

S - *Substance abuse* (abuso di sostane, aumentato o eccessivo);

P - *Purposeless* (mancanza di un fine o di uno scopo, nessuna ragione per vivere, anedonia);

A - *Anxiety, agitation/insomnia* (ansia, agitazione, insonnia);

T - *Trapped* (sentirsi in trappola, nessuna via d'uscita, sentirsi di peso per sé e gli altri);

H - *Hopelessness* (disperazione);

W - *Withdrawal* (ritiro dagli amici, dalla famiglia, dagli altri);

A - *Anger* (rabbia incontrollata, aggressività, sete di vendetta);

R - *Recklessness* (comportamenti ad alto rischio, non curarsi di sé);

M - *Mood changes* (rapidi cambiamenti dell'umore) (Pompili, 2022, pagg. 35-6).

Un rilievo estremamente importante è che la valutazione del rischio suicidario va fatta (ed anche considerata in eventuali ricostruzioni forensi), al momento in cui si evidenzia la condizione di rischio e non retrospettivamente, con il "senno di poi".

2.5 Rischio suicidario e cause sopravvenute

Talvolta la scelta di darsi la morte può derivare da una causa sopravvenuta. Per l'art. 41 del codice penale, "le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento". Secondo Zanalda et al. (2013), la perdita del lavoro, l'abbandono del partner, la diagnosi di una malattia grave, la perdita dell'abitazione, la morte di una persona cara, ecc., dovrebbero essere valutati come possibili cause sopravvenute, capaci da sole di determinare il suicidio a prescindere da altre variabili più stabili (biologiche, psichiatriche).

Come sottolineato dal Prof. Maurizio Pompili, in questo contesto deve essere inoltre precisato che la legge, da un lato, tende a sostenere l'imprevedibilità del suicidio, e non può dunque far leva su eventi che consentano di prevederlo; dall'altro lato, indica che la dottrina delle cause sopravvenute sembra non applicabile a quelle situazioni in cui la condotta dello psichiatra doveva proteggere da eventi non prevedibili (ossia, sebbene il suicidio non sia prevedibile, vi sono i concetti illustrati nel caso della *foreseeability*, quindi la necessità di mettere in sicurezza situazioni che potrebbero portare, per esempio, ad un suicidio) (Pompili, 2022, pagg. 122-5). La *foreseeability* può essere definita come l'anticipazione ragionevole del rischio (Pompili, 2022, pag. 43).

Questa circostanza può essere dunque mitigata se lo psichiatra ha comunque coinvolto elementi a protezione del paziente: per esempio, se ha provveduto ad adeguata terapia farmacologica e psicoterapeutica, ha indicato un appuntamento di controllo a breve scadenza (alcuni giorni), ha ricevuto l'assenso del paziente, nel pieno delle sue funzioni psichiche, concorde a quanto prospettato. Ulteriori elementi di tutela sono l'aver informato la famiglia e l'aver fatto luce, durante il colloquio, sull'eventuale presenza di eventi che il paziente poteva scorgere come destabilizzanti tra l'attuale valutazione e l'appuntamento di controllo. Un altro fattore che mitiga la responsabilità dello psichiatra in caso di negligenza è il fattore tempo. Se è trascorso un lasso di tempo tale per cui cause sopravvenute possono

avere assunto un ruolo ancora più importante di quelle identificabili nell'immediato, la responsabilità dello psichiatra è progressivamente attenuata, interrompendosi in modo efficace il nesso di causalità tra presunta condotta omissiva e suicidio del paziente.

Conclusioni

L'evento suicidario, contrariamente a quanto ritenuto nella comune opinione, non è necessariamente correlato a patologie psichiatriche. Difatti, la letteratura scientifica internazionale riconosce un incremento di solo il 20% del rischio di suicidio nei soggetti con diagnosi di depressione, che arriva a un significativo 38% nel caso di comorbidità con un disturbo post-traumatico da stress.

In realtà, l'atto suicidario, trae origine da una commistione di elementi etiopatogenetici, di natura assai dissimile tra loro ed è considerabile come una dimensione che avvolge il soggetto in crisi, uno stato di sofferenza e di perturbazione della mente non ancorato a singoli fattori.

La valutazione del rischio suicidario è di fondamentale importanza nell'attività clinica.

Nel suo procedere lo psichiatra si deve sempre attenere a regole di diligenza, di prudenza e di perizia.

Nel caso che venga causato un danno al paziente, la negligenza e l'imprudenza vengono sempre condannate dal giudice. Per quanto attiene all'imperizia, secondo l'attuale impianto legislativo, la punibilità è esclusa solo quando sono state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Altri aspetti da sottolineare con forza sono che l'attività professionale del medico è caratterizzata da un'obbligazione di mezzi e di diligenza, e non di risultato, e che il nesso causale in caso di responsabilità del medico per morte del paziente deve essere provato aldilà di ogni ragionevole dubbio.

Per quanto attiene alla gestione del rischio suicidario, l'obiettivo del clinico è la valutazione del rischio, non la predizione del suicidio, in quanto evento di per sé imprevedibile.

Nel suo procedere professionale, lo psichiatra si deve attenere allo standard di cure, vale a dire

all'insieme di capacità e di mansioni proprie di uno psichiatra medio in circostanze simili, oppure alle iniziative di un clinico prudente e coscienzioso in ambito di prevenzione del suicidio.

La formulazione del rischio dovrebbe essere ancorata al contesto clinico e riferirsi, nella sua modulazione, al corso della vita dei singoli individui. Dovrebbe inoltre portare direttamente a strategie di intervento.

L'elemento prioritario nella valutazione del rischio suicidario è la determinazione dello status psichico, sia per quanto attiene all'eventuale emergere di gravi alterazioni psicopatologiche, che per quanto riguarda la capacità del paziente di fornire un valido consenso.

Bisogna tenere in considerazione che il rischio suicidario non è necessariamente secondario a patologie psichiatriche definite, potendo essere concepibile come una "dimensione" a sé stante.

Per quanto attiene al consenso, il clinico deve valutare l'integrità delle funzioni cognitive e intellettive, dello stato di coscienza e l'orientamento nel tempo e nello spazio e con le persone sono elementi che devono essere documentati ai fini della validità del consenso. Sintomi gravi e significativi di malattia mentale sono i tipici elementi che minano la competenza in termini decisionali e alterano la percezione, volizione e la cognizione, minando di fatto la validità del consenso informato. Quindi, la corretta azione del clinico richiede di escludere significativi aspetti psicopatologici e documentare un funzionamento globale adeguato.

D'altra parte, è evidente che, se il paziente è in grado di valutare pro e contro del condividere informazioni sul proprio assetto suicidario con i curanti, ciò predispone la prefigurazione di un consenso informato. Dunque, il fatto che il paziente abbia consapevolezza del proprio stato emotivo più intimo e sia cosciente della propria storia personale depone per una valutazione in cui il clinico viene sollevato dal dover scovare elementi nascosti che indichino il piano suicidario.

Quindi, se il paziente presenta capacità decisionali integre e nessun elemento che gli impedisca di comprendere le proposte del clinico, non può essere rimproverato allo psichiatra il fatto di non essere intervenuto in modo coattivo come, ad esempio, il mancato ricovero di un paziente che lo rifiuta, essendo capace di autodeterminarsi e in assenza dei criteri di TSO. Difatti, come ampiamente rilevato, non sempre le motivazioni di un evento suicidario sono patologiche.

Nella valutazione del rischio suicidario, va posta una particolare attenzione alle situazioni di rischio imminente, che vengono evidenziate da peculiari segnali.

I segnali di allarme rappresentano tipicamente cambiamenti comportamentali ovvero, nell'ambito del funzionamento dell'individuo, cambiamenti che pongono l'accento su uno stato di sofferenza e sul rischio potenziale di suicidio nel breve termine. Sono specifici e divengono rilevanti se compresenti ed al crescere del loro numero, connotando sovente la crisi suicidaria.

In alcuni casi, l'atto suicidario può derivare da una causa sopravvenuta. Quando si verifica una tale evenienza, (ad es. la perdita del lavoro, l'abbandono del partner, la diagnosi di una malattia grave, la perdita dell'abitazione, la morte di una persona cara, ecc.), il clinico non è chiamato a rispondere, perché la causa sopravvenuta esclude il rapporto di causalità essendo stata da sola sufficiente a determinare l'evento. Tuttavia, bisogna considerare che la dottrina delle cause sopravvenute non sembra applicabile a rischi che possano essere ragionevolmente anticipati.

In altre parole, nella sua valutazione, il clinico deve attenersi ad un'ottica di *foreseeability* anticipazione ragionevole del rischio). In questa ottica è opportuno attivare elementi a protezione del paziente, come valutare attentamente il paziente e riceverne l'assenso al trattamento, il provvedere ad una adeguata terapia farmacologica e psicoterapeutica, indicare un appuntamento di controllo a breve scadenza, informare la famiglia e indagare, durante il colloquio, sull'eventuale presenza di eventi che il paziente può scorgere come destabilizzanti tra l'attuale valutazione e l'appuntamento di controllo.

Ovviamente, maggiore è il lasso di tempo che trascorre tra la valutazione effettuata e l'atto suicidario e minore è la responsabilità dello psichiatra, diventando di fatto sempre meno attuabile una anticipazione ragionevole del rischio, dal momento che possono insorgere cause sopravvenute non identificabili nell'immediato.

Note

- (1) **Art. 5 Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida**
«1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie

con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, *salve le specificità del caso concreto*, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle *buone pratiche clinico-assistenziali*» (Fornari, 2024, pagg. 1180-1).

Bibliografia

- Andreotti E.T. e al. (2020): Instruments to assess suicide risk. A systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*, 42(3): 276-281. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0092.
- ASL Latina (2022): *Raccomandazione per la Prevenzione del Suicidio in Ospedale*.
- Casacchia M. e al. (2013): *Prevenzione del suicidio, nei centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso e SPDC*, Società Italiana di Psichiatria.
- Emilia Romagna - Servizio Sanitario Regionale (2011): *Raccomandazioni per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie nel Territorio* (gruppo di lavoro istituito con determinata del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna n. 15582/2011).
- Fornari U. (2024): *Trattato di Psicopatologia e di Psichiatria Forense*, UTET Giuridica.
- Gutheil T.G. (1999): A confusion of tongues: competence, insanity, psychiatry, and the law. *Psychiatr Serv*, 50(6): 767-773; doi: 10.1176/ps.50.6.767.
- Menon V. (2013): Developmental pathways to functional brain networks: emerging principles. *Trends Cogn Sci*, 17(12): 627-40; doi: 10.1016/j.tics.2013.09.015.
- Ministero della Salute - Dipartimento della qualità - D.G. della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (2008): *Prevenzione del Suicidio di Paziente in Ospedale*. Raccomandazione n. 4.

Pisani A.R. et al. (2016): Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Acad Psychiatry*, 40(4): 623-9; doi: 10.1007/s40596-015-0434-6.

Pompili M., Girardi P. (a cura di) (2015): *Manuale di Suicidologia*, Pacini Editore.

Pompili M. (2022): *Il rischio di suicidio. Valutazione e gestione*, Raffaello Cortina Editore.

Swain R.S. et al. (2019): A systematic review of

validated suicide outcome classification in observational studies. *Int J Epidemiol*, 48(5): 1636-1649. doi: 10.1542/hpeds.2023-007220.

Zanaldi E. et al. (2021): *Psichiatria forense nella pratica psichiatrica quotidiana. Guida forense, riassuntiva ed operativa sulla base delle buone pratiche cliniche assistenziali approvate dalla Società Italiana di Psichiatria*, Società Italiana di Psichiatria, Milano.

Aspetti medico legali della tutela della fragilità nelle relazioni di cura

ROSANNA ZAMPARESE

U.O. Medicina Legale, Ospedale di Ascoli Piceno, AST AP

Riassunto: Il paziente fragile rappresenta una categoria particolarmente vulnerabile nelle relazioni di cura in ambito sanitario e richiede un'attenta tutela legale ed etica.

L'articolo esplora gli aspetti medico-legali relativi alla protezione di questi pazienti, con un focus sulle normative nazionali ed internazionali vigenti. Attraverso una revisione della letteratura scientifica e normativa, vengono evidenziati i principali problemi e le possibili soluzioni per garantire il rispetto dei diritti del paziente fragile, promuovendo una pratica sanitaria etica e conforme alle leggi.

Parole chiave: paziente fragile, tutela legale, responsabilità medica, relazioni di cura

1. Introduzione

La definizione di paziente *fragile* è in continua evoluzione, benché manchi una versione definitiva e condivisa tra tutti i professionisti della salute, si è tutti concordi nel riconoscere nel paziente fragile uno stato di instabilità psico-fisica che rende lo stesso, fortemente suscettibile alla perdita di alcune funzioni, a seguito di eventi stressanti. Uno stato di fragilità fisiologica è quella età correlata, ovvero quella del minore e dell'anziano.

Un concetto di fragilità emerso nell'ultimo decennio pone l'attenzione in relazione alla sua applicabilità alla pratica clinica (De Lepeleire et al., 2009).

Secondo tale ottica, la fragilità viene interpretata come una condizione integrata (Gobbens et al., 2010/a) e multidimensionale (Sourial et al., 2010) in cui multiple dimensioni (biologico, funzionale, psicologico, sociale) interagiscono tra loro, determinando e caratterizzando la fragilità (Gobbens et al., 2010/b).

La tutela del paziente fragile rappresenta una delle principali sfide del sistema sanitario moderno; gli operatori sanitari si trovano spesso a gestire problematiche medico-legali legate alla fragilità, come il consenso informato, la gestione delle cure palliative, l'autodeterminazione e la protezione da abusi o negligenze. Fondamentale, quindi, che il professionista che interviene nella relazione di cura di un paziente in stato di fragilità possa avere consapevolezza di tutte le misure di legge a tutela dello stesso e ne conosca i risvolti medico legali correlati.

Nel presente contributo è stata effettuata una revisione bibliografica, consultando articoli pubblicati su banche dati accademiche come *PubMed*, *Scopus* e *Google Scholar*, utilizzando parole chiave come "paziente fragile", "tutela legale", "responsabilità medica" e "relazioni di cura".

Per lo studio dell'impianto normativo sono state ricercate le leggi italiane ed internazionali che pongono l'attenzione alla tutela del paziente fragile, includendo le norme di comportamento etico previste dal codice di deontologia medico.

I risultati della revisione hanno confermato che la letteratura identifica i pazienti fragili come coloro che presentano un rischio maggiore di eventi avversi a causa di fattori fisiologici, psicologici e sociali. I pazienti anziani e quelli affetti da malattie croniche rappresentano le categorie più vulnerabili.

I problemi medico-legali prevalenti emersi riguardano il consenso informato (Di Lorenzo et al., 2018; Iacoviello, 2020; Diversamente etica, 2018), le difficoltà nell'accesso alle cure (NIMO e SCP, 2022) e la necessità di protezione da abusi (Kaplan, 2023; Consulta SCV, 2023).

Emerge inoltre la responsabilità medico legale dei professionisti della salute e l'importanza di una formazione adeguata a riconoscere le necessità dei pazienti fragili e gestirne eventuali conflitti.

Il paziente fragile nella normativa vigente

Il paziente fragile nel Codice di Deontologia medica

Il Codice di Deontologia Medica rappresenta la guida etica e professionale che regola la condotta dei medici in Italia. Esso definisce i principi fondamentali che guidano il comportamento del medico, con un'enfasi particolare sulla tutela delle persone più vulnerabili, come il paziente fragile. Nel contesto della relazione di cura, il medico è chiamato a bilanciare il rispetto della dignità e dell'autonomia del paziente con l'obbligo di assistenza medica.

L'art. 32 del Codice di Deontologia Medica rappresenta un punto cardine per la tutela del paziente fragile, riaffermando il dovere del medico di prestare attenzione alle situazioni di maggiore vulnerabilità e di agire con una sensibilità che trascenda la semplice pratica clinica (1).

Tale articolo è stato oggetto di revisione nel 2014, data dell'ultima versione del codice, in quanto nella forma precedente del 2006, si richiama l'obbligo di tutela dei soggetti fragili solo nei confronti del "minore, anziano e disabile".

Nella versione aggiornata si è incluso nella definizione di fragilità "la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisico, sociale o civile", fornendo una definizione ampia e globale di fragilità, che va ad inglobare la condizione di vulnerabilità in ogni dimensione ed aspetto. Nei confronti di tali pazienti il medico ha l'obbligo, deontologico, quindi

di tutela, ricorrendo anche alla segnalazione all'autorità competente, nel pieno rispetto della dignità e della sicurezza.

Il paziente fragile nella Carta Costituzionale

L'art. 32 Cost. rappresenta un pilastro fondamentale per la tutela della salute, configurandola come un diritto inalienabile dell'individuo e come interesse collettivo, sancendo l'obbligo della Repubblica di garantire cure a tutti, con particolare attenzione ai più vulnerabili, come i pazienti fragili (2).

Il paziente fragile, per sua natura, presenta caratteristiche di vulnerabilità che richiedono un'attenzione specifica da parte del sistema sanitario. Si tratta di persone la cui salute è compromessa da molteplici fattori: età avanzata, disabilità, condizioni croniche o degenerative, isolamento sociale o difficoltà economiche. Per tali pazienti, l'art. 32 assume un valore amplificato, poiché la tutela della salute deve tener conto non solo della malattia, ma anche delle condizioni sociali, psicologiche e relazionali.

In tale articolo si prevedono cure gratuite agli indigenti. Questa previsione è particolarmente significativa per i pazienti fragili, che spesso si trovano in condizioni economiche svantaggiate.

La seconda parte dell'art. 32 stabilisce che nessuno può essere obbligato a sottoporsi a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge, e che anche in questi casi la legge deve rispettare la persona umana. Questo principio è particolarmente rilevante per i pazienti fragili che, in situazioni di incapacità decisionale (ad esempio, a causa di demenza o altre malattie cognitive), rischiano di vedere limitata la loro autodeterminazione.

La salute, quindi, è diritto individuale, ma anche interesse collettivo. Lo Stato deve garantire cure gratuite a chi ne ha bisogno e nel rispetto della dignità umana, nessuno può essere sottoposto a trattamenti sanitari obbligatori senza una specifica disposizione di legge.

Il paziente fragile nella Legislazione Italiana

La L. 194 del 1978 affronta in chiave innovativa la tematica della tutela sociale della maternità e della interruzione volontaria di gravidanza, prestando specificatamente attenzione alle pazienti con fragilità "fisiologica età correlata", alle minori di età e alle pazienti con infermità mentale.

Tale legge rappresenta un caposaldo normativo volto a garantire la libertà e la tutela della salute fisica e psichica della donna.

Nel contesto delle relazioni di cura, questa legge assume un significato particolarmente rilevante per la paziente fragile, che potrebbe trovarsi in una condizione di vulnerabilità legata a fattori fisici, psicologici, sociali o economici.

Nell'ambito, quindi, di una legge ampia e rivoluzionaria, per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, già 46 anni fa si poneva l'attenzione di come porsi nella relazione di cura della paziente che presentava uno stato di fragilità, al fine di garantire, nel pieno rispetto della propria dignità, la realizzazione della sua volontà.

Tale legge disciplina che, nel caso la donna sia minore di diciotto anni, il giudice tutelare a cui viene rimessa la relazione del consultorio, o della struttura socio-sanitaria o del medico di fiducia, autorizza la donna minore di età a decidere la interruzione della gravidanza, *"sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce"*.

Nel caso la donna sia interdetta a causa di infermità mentale e, la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza non parta dalla donna ma dal tutore o dal marito, la stessa richiesta deve essere confermata dalla donna e il medico, trasmette al giudice tutelare, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza e sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna.

Al centro, quindi, di tutta la relazione di cura nei confronti di una donna in stato di fragilità, il medico deve sempre porre la donna stessa, pur nella sua fragilità, cercando di aiutarla in una scelta pienamente condivisa a garanzia del rispetto della sua dignità.

La paziente fragile è particolarmente esposta al rischio di pressioni esterne o coercizioni, che possono influenzare le sue decisioni sulla maternità.

La L. 194, nel sancire il diritto all'autodeterminazione, protegge le donne da eventuali imposizioni, sia che provengano da partner, familiari o contesti sociali.

Una vera innovazione in tema di tutela del paziente fragile si ha con l'introduzione della L. 9 gennaio 2004, n. 6 "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in

materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali".

Fino all'introduzione della L. 6/2004, le uniche misure di tutela possibili previste per legge erano nei confronti solo degli infermi di mente, utilizzando gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione (previsti dagli articoli 414 e 415 del codice civile) (3).

Questi due istituti nascono come misura di protezione patrimoniale, ma si caratterizzano per essere misure fortemente restrittive della capacità di agire, connotate da una grande discriminazione sociale. Mentre l'inabilitato conserva una residua capacità di azione dei confronti degli atti di vita quotidiana, l'interdetto non può agire liberamente in nessun atto.

La L. 6/2004 istitutiva della figura dell'amministratore di sostegno, si pone in una posizione profondamente innovativa, perché istituisce tale figura a tutela delle condizioni di fragilità, cercando di limitare in minore misura possibile, la volontà di agire della persona e, confezionando una tutela che sia personalizzata alle necessità della persona stessa, andando così ad apportare modifiche al codice civile (Titolo XII).

Le finalità di tale legge sono ben dettagliate negli articoli 1 e 3 (4).

L'interdizione e l'inabilitazione, quindi, possono essere pronunciate in presenza di malattie psichiche stabilizzate.

L'Amministratore di sostegno, invece, si iscrive nell'ambito del progetto personalizzato per la persona fragile, la sua scelta avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi del beneficiario e risulta, uno strumento flessibile e modificabile in relazione all'interesse dello stesso. L'ambito di applicazione dell'amministratore di sostegno va individuato nella capacità di tale strumento di adeguarsi alle esigenze del soggetto fragile, in relazione alla sua flessibilità e alla maggiore agilità della relativa procedura applicativa (5).

In ambito sanitario tale normativa trova applicazione nei confronti, ad esempio, di soggetti affetti da patologie come il morbo di Alzheimer, demenza senile, ictus, coma o patologie psichiche che rendono la persona non in grado di manifestare un consapevole consenso. Sebbene la normativa non consideri l'età avanzata del beneficiario come requisito per la nomina di un amministratore di sostegno, tale nomina può essere compiuta qualora l'età determini una limitazione funzionale delle normali funzioni della vita quotidiana.

Tale legge prevede un ruolo centrale del medico e dei professionisti della salute che hanno in carico il paziente fragile, per la presentazione del ricorso al giudice tutelare e per il procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno.

Il procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno si incardina innanzi il Giudice Tutelare (del domicilio o della residenza del beneficiario) mediante la presentazione di ricorso in cui verranno indicate le specifiche ragioni cliniche, fisiche, sociali per cui si ritiene necessaria tale nomina.

Il ricorso può essere presentato sia dal beneficiario (che può indicare il nominativo del proprio amministratore in vista della propria eventuale e futura incapacità) che dal coniuge, convivente stabile, figli, parenti entro il 4° e affini entro il 3°, dal Pubblico Ministero nonché dai responsabili dei servizi sanitari e sociali.

Il ricorso potrà essere presentato dalla struttura sanitaria anche con procedura d'urgenza (4° comma art. 405 c.c.), abbreviando i termini previsti di 60 giorni per l'emissione del decreto motivato di nomina di amministratore di sostegno provvisorio, al fine di garantire la continuità nella cura della persona. In tal modo è possibile dare adeguata copertura legale ad un intervento terapeutico a favore di qualsiasi persona non autonoma e per questo non in grado di liberamente esprimere il suo consenso.

Con riferimento ai compiti specifici dell'amministratore di sostegno in ambito sanitario, viene affidato a tale figura quello di manifestare il consenso ai trattamenti sanitari e terapeutici. All'amministratore possono essere demandati i poteri-doveri di compiere, in nome e per conto della persona beneficiaria, l'operazione di individuazione e scelta delle terapie ritenute più idonee per la tutela e la cura della salute, sia fisica che psichica, della persona, tenendo edotto il Giudice Tutelare delle scelte effettuate (6).

Una sentenza del Giudice Tutelare di Genova (7) ha stabilito, inoltre, che in tema di valutazione delle esigenze di natura sanitaria, solo l'amministratore di sostegno è soggetto legittimato ad interpretare la volontà del beneficiario al fine di un rientro al proprio domicilio, attivandosi all'organizzazione di un'ideale assistenza, o presso una struttura di ricovero anche a carattere permanente.

Nella relazione di cura, quindi, del paziente fragile, il medico assume un ruolo centrale nel

proporre il ricorso di nomina di amministratore di sostegno per un paziente che nel momento di presa in carico presenta condizioni di vulnerabilità, con perdita parziale o totale delle autonomie. Il medico, inoltre, deve conoscere se ci sono specifiche deleghe in materia sanitaria affidate all'amministratore di sostegno, come il consenso ai trattamenti sanitari e terapeutici, per non correre il rischio di incorrere in violazioni della libertà personale del paziente fragile (Cerasoli, 2007; Trentanovi, 2005).

La L. 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" costituisce attualmente il cardine della tutela dello stato di fragilità nelle relazioni di cure in presenza di uno stato di fragilità.

In tale legge viene specificata la disciplina legale dei rapporti del medico nei confronti dei pazienti in stato di fragilità fisiologica o patologica: il minore, l'interdetto, l'inabilitato, e il paziente con nomina di amministratore di sostegno (8).

Denominatore comune su cui fondare la relazione di cura è la volontà del paziente di esprimere il proprio consenso su decisioni riguardanti la propria salute, valorizzando le capacità di comprensione e di decisione.

La persona minore di età "deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà".

Il consenso informato della persona interdetta "è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile". Il consenso informato della persona inabilitata è "espresso dalla medesima persona inabilitata".

L'aspetto innovativo di tale legge, però, è nella disciplina della relazione di cura in previsione di un futuro stato di fragilità, con la disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) (art. 4) e la pianificazione condivisa delle cure (art. 5) (9).

Le previsioni di tale legge rappresentano una vera rivoluzione in tema di assistenza sanitaria, in quanto è contemplata la possibilità che la volontà venga espressa da un paziente che, in previsione di una "futura incapacità di autodeterminarsi", redige le proprie disposizioni anticipate di trattamento e "indica un «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie".

Viene quindi introdotta una nuova figura, il fiduciario, che rappresenta la volontà del paziente.

Obbligo del medico, quindi, sarà quello di stabilire una relazione di cura che comprenda la figura del fiduciario, al quale potrà essere data anche delega sul consenso informato.

Le uniche caratteristiche, previste dalla legge per poter essere nominato fiduciario sono: la maggiore età e la capacità di intendere e di volere.

È importante, inoltre, che il medico sappia che in caso le DAT non siano congrue alle condizioni clinica o palesemente non adeguate, in accordo con lo stesso fiduciario, possono anche essere disattese in tutto o in parte e che, in caso di contrasto con il fiduciario può fare ricorso al giudice tutelare.

Le DAT hanno valore legale quando redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie.

Nel caso non siano state redatte delle dichiarazioni anticipate di trattamento, nella relazione di cura tra il medico e il paziente "rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità (art. 5).

Il paziente fragile nella normativa Internazionale

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD), adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2006 e ratificata dall'Italia nel 2009 con la L. 3 marzo 2009, n. 18 (in G.U. 14 marzo 2009, n. 61), rappresenta un importante quadro normativo per garantire i diritti delle persone con disabilità, inclusi i pazienti fragili. La Convenzione sposta l'attenzione dalla semplice assistenza sanitaria alla protezione della dignità, dei diritti e dell'autonomia delle persone vulnerabili.

L'art. 25 della CRPD, intitolato *Salute*, impone agli Stati membri di garantire che le persone con disabilità abbiano accesso a servizi sanitari della

stessa qualità di quelli offerti al resto della popolazione, cure gratuite o economicamente accessibili, incluse quelle specifiche per la disabilità e programmi sanitari orientati alla prevenzione delle disabilità secondarie e alla promozione della salute generale.

Per il paziente fragile, che può essere affetto da disabilità fisiche, mentali o psicosociali, questi principi si traducono in accesso senza barriere (infrastrutture sanitarie fisicamente accessibili (es. rampe, ascensori, percorsi tattili) e supporti per la comunicazione (es. interpreti della lingua dei segni o materiale informativo in formato leggibile), prevenzione e assistenza personalizzata (fornire interventi mirati a prevenire complicazioni derivanti dalla fragilità, come la predisposizione a infezioni o la progressione di malattie croniche), consenso informato inclusivo (adattare la comunicazione alle capacità del paziente fragile, utilizzando strumenti e linguaggi appropriati per garantire decisioni realmente consapevoli).

La CRPD introduce anche una dimensione giuridica fondamentale per tutelare il paziente fragile (10).

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità rappresenta, quindi, un passo cruciale nello scenario internazionale verso un approccio inclusivo alla tutela della salute dei pazienti fragili.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato linee guida specifiche per la cura integrata delle persone anziane, note come *Integrated Care for Older People* (ICOPE) che forniscono raccomandazioni basate su evidenze scientifiche per prevenire, rallentare o invertire il declino delle capacità fisiche e mentali negli anziani, con un'attenzione particolare ai pazienti fragili.

In Italia, queste linee guida sono state recepite e adattate al contesto nazionale. Ad esempio, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), hanno pubblicato nel 2023 le Linee Guida sulla Valutazione Multidimensionale della Persona Anziana (*Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity*).

L'adozione di tali linee guida mira a migliorare la qualità delle relazioni di cura, garantendo che i pazienti fragili ricevano un'assistenza appropriata, rispettosa e incentrata sulle loro reali necessità.

I risvolti etici e medico-legali nelle relazioni di cura del paziente fragile

Il paziente fragile è rappresentato da una popolazione eterogenea che include anziani, persone con disabilità fisiche o mentali, individui affetti da malattie croniche o con condizioni di vulnerabilità sociale ed economica. Questa complessità pone sfide significative sia al sistema sanitario che agli operatori che devono garantire cure appropriate e rispettose dei diritti umani fondamentali.

La relazione di cura non è solo un atto tecnico, ma un'interazione profondamente umana che deve bilanciare il principio dell'autodeterminazione con il dovere di protezione.

Gli operatori sanitari si trovano spesso a fronteggiare problematiche di assistenza con risvolti etici, come tutelare il diritto all'autodeterminazione del paziente fragile quando questo si trova in condizioni di incapacità decisionale e come garantire un accesso equo alle cure in un contesto sanitario caratterizzato da risorse limitate.

La L. 6/2004 introducendo l'istituto dell'amministrazione di sostegno, uno strumento fondamentale per la protezione giuridica delle persone fragili, si inserisce perfettamente nel contesto della tutela del paziente fragile, offrendo un supporto normativo che rispetta il diritto all'autodeterminazione e garantisce un'adequata assistenza nelle decisioni legate alla salute.

Tale legge rafforza il principio dell'accesso equo e inclusivo alle cure, garantendo che nessun paziente fragile venga escluso dal percorso assistenziale a causa della sua incapacità di agire autonomamente. Questo strumento consente al paziente di partecipare attivamente, con il supporto dell'amministratore, alle decisioni che riguardano la sua salute, mantenendo così una connessione diretta con il principio di dignità sancito dalla CRPD e dall'art. 32 della Costituzione Italiana.

Cardine della tutela del paziente fragile nelle relazioni di cura è la L. 219/2017, che pone il consenso informato come pilastro della relazione di cura. Tuttavia, per i pazienti fragili, specialmente quelli cognitivamente compromessi, è necessario adottare misure di supporto decisionale, come l'amministrazione di sostegno o le DAT, per bilanciare il rispetto della autonomia e la necessità di protezione.

Le linee guida dell'OMS (ICOPE) offrono soluzioni concrete, come la promozione della medicina di prossimità e il rafforzamento delle reti di

assistenza domiciliare, per garantire un accesso più equo alle cure.

Nonostante l'esistenza di un robusto impianto normativo e di linee guida internazionali, permangono alcune criticità rappresentate dalla disomogeneità regionale, dalla mancanza di formazione specifica e da una burocrazia eccessiva a causa della quale le famiglie dei pazienti fragili devono affrontare ostacoli burocratici per accedere a servizi e benefici.

Conclusioni

La fragilità è una condizione di particolare vulnerabilità dell'individuo, che può colpire ad ogni età, ma sicuramente età-correlata, aumentando in modo significativo dopo i 65 anni.

In considerazione del fatto che la popolazione va incontro ad un aumento dell'invecchiamento e che la richiesta di cure mediche per il paziente fragile è un evento molto frequente e comporta molteplici criticità, è fondamentale che il professionista sanitario possieda nel proprio bagaglio, cultura medico-legale che possa guidarlo nella relazione di cura con tale tipologia di paziente.

Il professionista sanitario, infatti, è chiamato ad una relazione di cura con il paziente fragile, guidata dalle norme di legge richiamate dettagliatamente nel presente lavoro, a garanzia del rispetto del paziente e della propria capacità di autodeterminarsi.

Note

- (1) *Art. 32 "Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili" - Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente. Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata*

connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

- (2) *Art. 32, Cost.* - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.
- (3) L'art. 414 del codice civile prevede che "il maggiore di età e il minore emancipato, che si trovano in una condizione di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, sono interdetti, quando ciò è necessario ad assicurare loro adeguata protezione".
L'art. 415 del codice civile prevede, invece, che "quando l'infermità mentale non è talmente grave da rendere necessaria l'interdizione, il maggiore di età o il minore emancipato può essere inabilitato".
- (4) *Art. 1* "La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni di vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".
Art. 3 "1. Nel titolo XII del libro primo del codice civile, è premesso il seguente capo: «Capo I. - Dell'amministrazione di sostegno. *Art. 404. Amministrazione di sostegno* - La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio".
- (5) Amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione: ambiti di applicazione (Cassazione civile, sez. I, sentenza 12 giugno 2006, n. 13584).
- (6) Tribunale di Modena, Ufficio del Giudice Tutelare decreto 26 gennaio 2009, Amministrazione di sostegno, terapie, beneficiario, scelta, precisazioni.
- (7) Tribunale di Genova, Ufficio del Giudice Tutelare: decreto 1° marzo 2005, Amministratore di sostegno.

- (8) *Art. 3 "Minori e incapaci"* - 1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.
2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.
3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'art. 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.
4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.
5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'art. 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria".
- (9) *Art. 4 "Disposizioni anticipate di trattamento"* - 1. Ogni persona maggiorenne e capace di

intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'art. 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'art. 3.

- (10) Art. 12 "Uguale riconoscimento dinanzi alla legge" - Garantisce il diritto delle persone con disabilità ad avere capacità legale su base di uguaglianza con gli altri. Questo im-

plica che le misure come l'amministrazione di sostegno o la tutela giuridica devono essere utilizzate solo per supportare le decisioni, non per sostituirle arbitrariamente.

Art. 16 "Libertà da sfruttamento, violenza e abuso" - Protegge i pazienti fragili da qualsiasi forma di abuso, imponendo l'obbligo agli Stati di predisporre meccanismi di denuncia e protezione.

Bibliografia

- Cerasoli S. (2007): La nuova figura dell'Amministratore di Sostegno quale strumento di aiuto per le persone prive di autonomia, *Altalex*, 22 marzo.
- Consulta SCV (2023): *Valutazione della fragilità ed approccio al paziente fragile*, disponibile su <https://consulta-scv.it/wp-content/uploads/2023/05/Documento-GDL-Paziente-Fragile-Finale.pdf>.
- De Lepeleire J. et al. (2009): Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract*, 59: e177-82.
- Diversamente Etica (2018).
- Di Lorenzo P. et al (2018): La tutela giuridica delle persone affette da malattie progressivamente invalidanti anche alla luce della legge n. 219/2017. *Rivista italiana di medicina legale*, 40 (1): 143-161.
- Gobbens R.J.J. et al. (2010/a): In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*, 11: 338-43.
- Gobbens R.J.J. et al. (2010/b): Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc*, 11: 356-64.
- Iacoviello C. (2020): L'autodeterminazione terapeutica dell'incapace: riflessioni alla luce della Legge 219/2017. *Giuricivile*, 12: 45-67.
- Kaplan D.B. (2023): Abuso sugli anziani. *Manuale MSD*, disponibile su <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/geriatria/abuso-sugli-anziani/abuso-sugli-anziani>.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2009): *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, disponibile su <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>.
- NIMO e SICP: *L'assistenza infermieristica e l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative*, disponibile su <https://animo.fadoi.org/wp->

- content/uploads/2022/01/DOCUMENTO-INTER-SOCIETARIO-ANIMO%E2%80%93SI-CP_2021.pdf.
- ONU (2006): *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, disponibile su https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccc_onvs.pdf.
- SIMG, SIGOT, ISS (2023): *Linee guida sulla valutazione multidimensionale della persona anziana*, disponibile su <https://www.insalutenews.it/in-salute/valutazione-multidimensionale-dellanziano-pubblicate-le-linee-guida/>.
- Sourial N. et al. (2010): A correspondence analysis revealed frailty deficits aggregate and are multidimensional. *J Clin Epidemiol*, 63: 647-54.
- Trentanovi S. (2005): La protezione delle persone prive di autonomia: la nuova legge sull'amministrazione di sostegno, incontro di studio organizzato dal CSM, Roma 11-12 aprile. *Altalex*.
- WHO (2017): *Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity*. WHO Press, Ginevra, disponibile su <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>.

La community health governance come modello valutativo ed organizzativo

MARIA CARMEN AGNELLO

Funzionario Affari Generali A.R.N.A.S. Garibaldi Catania

Riassunto: L'obiettivo conoscitivo del presente articolo riguarda la struttura ed il funzionamento della governance dei servizi sociosanitari nella dimensione della "Community health". Tale percorso analitico implica di analizzare gli elementi legati alla gestione ed organizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari e delle performance di settore, chiarendo i presupposti, applicando dei modelli di riferimento e riportando una casistica esemplificativa. La seconda parte dell'articolo analizza, invece il modello organizzativo e gestionale a rete sia nell'evoluzione nel sistema sanitario nazionale che nelle prospettive orientate a one health in un contesto di plurimi finanziamenti alternativi e/o integrativi al PNRR possono supportare ed implementare il percorso avviato nella gestione della rete. Tale analisi è svolta evidenziando sia i vantaggi che le criticità esistenti afferenti alla gestione a rete dei servizi socio sanitari.

Parole chiave: amministrazione condivisa, strumenti di partecipativi artt. 40 CDC e 55 CTS, strumenti di finanziamento alternativi e complementari al PNRR, cooperazione servizi multilivello

1. La community health governance

La gestione dei servizi socio sanitari si caratterizza per un approccio orientato a raggiungere obiettivi attraverso una visione condivisa tra i diversi attori coinvolti (Neri, 2008) ed una co-programmazione e co-progettazione, ancorata sia all'art. 118 Cost. che alla L. 241/1990 ed applicata in decisioni autoritative o accordi di collaborazione (art. 55, Codice Terzo Settore). A tale stregua, si prospetta un modello di "pianificazione concertata e partecipata in grado di produrre processi di cooperazione tra tutte le istituzioni, i gruppi e le associazioni che compongono il sistema sanitario", definito "Community Health Governance". Tale modello è finalizzato a favorire la partecipazione nei processi decisionali degli individui in base ad una

logica inclusiva rispetto a questioni afferenti al sistema socio sanitario. L'applicazione implica di declinare le scelte politiche rispetto a persone (età, fascia sociale) e contesti socio economici, attraverso indicatori in grado di rilevare i risultati e lo sviluppo rispetto alle competenze e risorse esistenti (Borzaga, Fazzi, 2006).

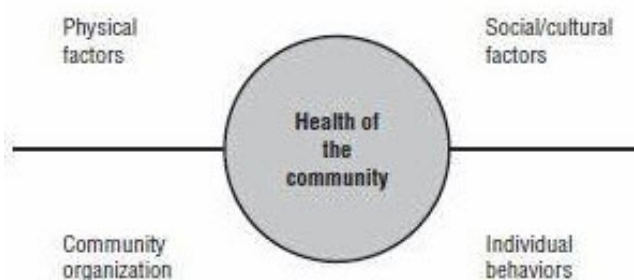
Nel definire le modalità di coinvolgimento di una pluralità di interessi nelle questioni afferenti alla salute (Thurston, 2005) (1) è centrale la funzione nel processo decisionale del network, tramite accordi *ad hoc* a tutela di interessi ed il coinvolgimento in spazi partecipativi ad integrazione di quelli rappresentativi. La funzione del network rispetto al sistema sanitario è di influenzare le scelte pubbliche, riferite al sistema socio sanitario. Ciò implica di applicare indicatori in grado di rilevare le relazioni afferenti al

percorso partecipativo, consentendo di leggere le logiche, che informano il processo decisionale, evidenziando la capacità del network di alimentare un sistema di *public choice* orientato alla qualità (Nussbaum, 1993).

Il processo decisionale implica di intraprendere dei percorsi partecipativi, in grado di coinvolgere l'insieme degli interessi sussistenti. Il ruolo dell'"autorità pubblica" è centrale nel network, sia nella fase di negoziazione rispetto agli interessi esistenti, ma anche quale garante del rispetto delle regole e principi normativi, applicando criteri organizzativi ed indicatori valutativi predeterminati (Rowe, Frewer, 2000). Al riguardo, si osserva, che un'attenta definizione dell'oggetto decisionale favorisce la partecipazione rispetto agli interessi espressi sia *uti singuli* che nelle diverse formazioni sociali, attraverso un metodo partecipativo idoneo a garantire eque possibilità di partecipare, adeguandosi alle risorse ed all'obiettivo perseguito.

Il dibattito pubblico, ex art. 40 del codice dei contratti pubblici, è un istituto in grado di garantire una maggiore informazione e discussione relativamente ad un progetto, negli aspetti strategici e potenziali impatti. Il dibattito pubblico è finalizzato allo scambio di idee ed informazioni tra i cittadini, i progettisti e i promotori, attraverso la raccolta di osservazioni, proposte utili al fine di migliorare il progetto stesso. Un caso applicativo è il dibattito pubblico avviato per il nuovo Ospedale di Livorno. Al fine di armonizzare la sanità territoriale esistente, il dibattito pubblico è finalizzato a costruire un ospedale parte integrante integrato del tessuto urbano, che comprende nello stesso luogo tutti i livelli dell'assistenza sanitaria.

Fig. 1 - Factors that affect the Health of a Community (fonte: McKenzie et al., 1999, *An Introduction to Community Health*, pag. 5)



Un altro caso applicativo è il Policlinico Mon-tezemolo di Roma, esempio di cooperazione funzionale tra le Istituzioni dello Stato al servizio del sistema, avviato a seguito dell'Accordo inter-istituzionale tra la Corte dei Conti e il Ministero della Difesa, con la partecipazione del Policlinico "Umberto I". Tale struttura poliambulatoriale integra il servizio diagnostico ed assistenziale con la ricerca scientifica, in un primo momento destinata alle Magistrature, Avvocatura dello Stato e personale della Difesa, a seguito di accreditamento tale struttura costituisce un presidio in grado di smaltire le liste di attesa ed una *best practices* di cooperazione tra le istituzioni coinvolte.

2. La governance delle reti in ambito sanitario

La governance delle reti in ambito socio sanitario è centrale nell'attuale agenda politica e manageriale del sistema sanitario nazionale. La rete è definibile come l'insieme di segmenti organizzativi e gestionali autonomi, formati da soggetti economici e non economici, legati da rapporti interdipendenti. Le reti possono avere un impatto positivo, quando sono in grado di generare valore distribuito equamente, ma può presentare anche delle criticità gestionali.

Le connessioni tra i nodi della rete possono avvenire attraverso strategie tra enti ed aziende sanitarie, finalizzate alla creazione di reti multi-ospedaliere, attuabili con accordi interaziendali (contratti) e rapporti interistituzionali.

Di seguito sarà esposta l'evoluzione dell'organizzazione a rete riferita al sistema socio sanitario in Italia. In precedenza si è avvertita la necessità di superare una logica progettuale orientata al *big is better*, attraverso un approccio orientato ad uno sviluppo organizzativo più concreto, orientato alle effettive esigenze espresse dall'utenza. Peraltro, si riscontravano delle disfunzioni organizzative e gestionali nel garantire una dimensione efficiente dei servizi erogati, per la criticità nel fare coincidere i confini territoriali istituzionali con le aree effettive di domanda dell'assistenza socio sanitaria.

La gestione a rete presenta diversi vantaggi, come di seguito esposto. I primi sono organizzativi, in quanto consentono una progettazione congiunta orientata a garantire l'omogeneità della fruizione attraverso una reingegnerizzazione dei processi e l'implementazione organizzativa da garantire a con piattaforme logistiche unitarie

(*one shop services*), acquisti congiunti e di servizi miste. Altri vantaggi afferiscono al profilo assistenziale, in quanto la logica a rete favorisce l'unitarietà diagnostico-terapeutica, attraverso gate di ingresso differenziati (lista unica, valutazione multidimensionale per priorità), case manager e PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) di rete.

A tale stregua, a livello regionale, sono stati intrapresi diversi percorsi regolatori e gestionali di riconfigurazione dell'offerta ospedaliera, secondo logiche di rete e differenti modelli organizzativi e gestionali. Il modello "Hub & Spoke" gerarchico si caratterizza per la presenza di un centro di gravità unico o multipli (Hub specializzati) che coordina e supporta le strutture periferiche (Spoke). Tale modello Hub & Spoke si è diffuso a livello regionale (Emilia Romagna, Marche, Sicilia e Sardegna), favorendo una maggiore attenzione all'integrazione tra ospedale e territorio. Altre regioni hanno seguito una logica di rete caratterizzata da una classificazione degli ospedali basata sulla complessità, ove sono presenti poli di attrazione, in cui inserire i pazienti in base alle diverse fasi del percorso di cura (2).

La riforma dell'assistenza territoriale avviata con il D.M. 77/2022 ha svolto un passo avanti verso una sanità equa e di prossimità, allineandosi alle pratiche europee. La riforma del modello organizzativo della rete di assistenza territoriale si basa su diversi percorsi organizzativi come di seguito esposto. L'utilizzo di tecnologie digitali per la gestione dei percorsi di cura ed in specie della telemedicina, ha un ruolo crescente nel collegare le strutture della rete e garantire la continuità assistenziale. Il secondo percorso punta a realizzare nuove strutture e presidi sanitari sul territorio, al fine di migliorare l'accessibilità e ampliare la disponibilità di servizi di prossimità ai cittadini. Il terzo percorso intrapreso riguarda la definizione di un assetto istituzionale per supportare la prevenzione sul territorio in ambito sanitario, in base ad un approccio integrato (*One Health or Planetary Health*) e olistico.

In questo quadro di obiettivi e di percorsi organizzativi intrapresi e da intraprendere lo sviluppo della gestione a rete è da garantire attraverso un finanziamento da gestire a diversi livelli. Il PNRR è stato, e continua ad essere sino alla scadenza del 2026, uno strumento di finanziamento fondamentale nella riorganizzazione della rete ospedaliera. In particolare, la missione salute nel perseguire i tre macro obiettivi della prossimità. Innovazione.

Uguaglianza da raggiungere entro il 2026, è orientata al potenziamento delle terapie intensive e semi-intensive, all'ammodernamento delle strutture, alla digitalizzazione dei processi ed all'ammodernamento delle apparecchiature esistenti.

Nel perseguire gli obiettivi previsti dal PNRR, il Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) costituisce uno strumento di finanziamento complementare al PNRR attraverso i seguenti percorsi (3). Il primo è progettuale, finalizzato ad integrare le risorse per gli investimenti previsti nel PNRR con interventi cofinanziati. Il secondo è in forma di missione e prevede ulteriori investimenti da definire con programmi finalizzati a contribuire al raggiungimento delle finalità del PNRR.

In riferimento al finanziamento nazionale, un decreto, adottato dal Ministro della salute nel 2024 ha ripartito la spesa massima autorizzata dall'art. 1, comma 244, L. 213/2023 per un importo di 250.000.000 euro per il 2025 e di 350.000.000 euro dal 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale dei rispettivi anni, per sostenere il nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale (4). Tali risorse ripartite fra le regioni e le province mirano ad implementare gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici, ulteriori al PNRR, per le Case di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità e delle Unità di continuità assistenziale.

Un'altra forma alternativa al PNRR è costituita dai fondi del PN Equità in Salute, quale strumento di finanziamento finalizzato a supportare interventi mirati nelle regioni del sud per garantire l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le fasce della popolazione in condizioni di fragilità assistenziale.

A conclusione del percorso analitico si evidenzia come la cooperazione e l'integrazione tra strumenti di finanziamento potranno consentire di superare le criticità sopra indicate così come di intraprendere un percorso migliorativo nella gestione della rete nell'assistenza socio sanitaria.

Note

- (1) Per il secondo modello, Rowe e Frewer (2000) hanno proposto iniziative di partecipazione, a seguito di una ricerca condotta sulle stesse pratiche in vari campi sociali e secondo i criteri, di accesso e di processo,

descritti e scomposti allo scopo di facilitarne la rilevazione empirica.

- (2) Altri modelli di rete sono la paritetica con integrazione del *back office*, caratterizzata dalla collaborazione tra ospedali di pari livello, con integrazione di funzioni amministrative e di supporto, e la rete *a pendulum* (a uno o due livelli), in cui vi sono degli specialisti che si spostano tra diverse strutture per garantire la continuità assistenziale.
- (3) Il D.L. 6 maggio 2021, n. 59 convertito, con modificazioni, dalla L. 1° luglio 2021, n. 101 ha disposto all'art. 1, comma 1, l'approvazione del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) con l'obiettivo di integrare e potenziare i contenuti del Piano nazionale di ripresa e resilienza. In attuazione del comma 7 del citato articolo, la disciplina del PNC è contenuta nel D.M. economia e finanze 15 luglio 2021 (Programmi del Piano) e nel D.M. economia e finanze 1° agosto 2022.
- (4) D.M. Salute di concerto con Economia e Finanze 25 settembre 2024 "Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza

territoriale, in attuazione dell'art. 1, comma 244, della L. 30 dicembre 2023, n. 213".

Bibliografia

- Borzaga C., Fazzi L. (2006): *Del non profit socio-sanitario*, Milano, Franco Angeli.
- Genova A. (2008): *Le diseguaglianze nella salute. Politiche e governance in Italia e in Europa*, Carocci.
- Neri S. (2008): La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario. *La Rivista delle politiche sociali*, 3.
- Nussbaum M.C. (1993): *The quality of life*, Oxford University Press.
- Nussbaum M.C. (2013): *Creating capabilities: the human development approach*, Harvard University Press.
- Rowe G., Frewer L.J. (2000): Public participation methods: A frame work for evaluation. *Science, Techonology, and Human Values*, (25)1.
- Thurston W. (2005): Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy*, 73(3): 237-52.



CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

Il Codice dell'Ospedalità Privata costituisce il più efficace strumento di consultazione delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative sulle istituzioni private che erogano prestazioni sanitarie in regime di ricovero e/o cura. L'Opera in versione digitale, disponibile su www.frgeditore.it, presta particolare attenzione alle norme dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della remunerazione delle prestazioni.

APPROFITTI DELL'OFFERTA PER ACQUISTARE L'ABBONAMENTO VALIDO SINO AL 31 DICEMBRE 2025, SENZA OBBLIGO DI RINNOVO

CAMPAGNA ABBONAMENTI

Abbonamento valido sino al 31 dicembre 2025 al Codice dell'Ospedalità Privata in versione digitale a soli € 299,00 (invece di € 350,00)



Avrà a disposizione l'intera Opera - aggiornata quotidianamente - con possibilità di consultazione mediante ricerca cronologica, per parola, per regione o per argomento. Settimanalmente riceverà la newsletter con tutte le novità normative inserite nel data base. L'adesione all'offerta non prevede l'obbligo di disdetta. Prima della scadenza dell'abbonamento, l'utente sarà avvisato via e mail e potrà decidere se rinnovare o meno l'abbonamento per l'anno successivo.

CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA



Azienda _____
Nominativo di riferimento _____
Indirizzo _____
Città _____ CAP _____ PV _____
Partita Iva _____ C.F. _____ CU _____
Telefono _____ E-mail _____
Firma _____ Data _____

**Cedola da inviare
insieme a copia
del pagamento a
info@frgeditore.it**

Il pagamento di € 350,00 va effettuato mediante **bonifico bancario sull'IBAN IT34Z0569603209000010918X94** intestato a FRG Editore utilizzando la causale **"promocop/2025"**. A pagamento avvenuto riceverà i codici per l'accesso alla consultazione.

L'importo dell'abbonamento è deducibile dai redditi d'impresa o dall'esercizio di arti e professioni (artt. 54 e 56, TUIR).

Informativa ex D.Lgs. 196/2003: La FRG Editore, titolare del trattamento, effettuerà la raccolta e conservazione dei Suoi dati personali al fine della fornitura del servizio e per scopi amministrativo-contabili, compresa la trasmissione per e-mail di fatture commerciali. I Suoi dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi. Per essi Lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, modifiche, integrazioni o cancellazioni. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali forniti per gli scopi di cui ai punti sopraelencati è necessario. In caso di rifiuto alla prestazione del consenso non sarà possibile erogare i servizi.

Timbro/Firma (obbligatoria)

NORME PER GLI AUTORI

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

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

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

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

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà una copia in pdf del fascicolo nel quale compare l'articolo a sua firma.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

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

- 1) *la prima pagina* deve contenere:
 - a) titolo
 - b) nome e cognome dell'Autore/i
 - c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
 - d) parole chiave (non più di 5)
 - e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; e-mail;
- 2) *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole;
- 3) *testo*, suddiviso in:

- a) introduzione
- b) materiali e metodi
- c) risultati
- d) conclusioni
- 4) *ringraziamenti* (eventuali);
- 5) *bibliografia*, limitata alle voci essenziali.

I riferimenti devono venire identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al."

Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2018a, 2018b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono I., Mayr M. (2018): L'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti affetti da patologie croniche in Provincia autonoma di Bolzano: il Master Plan Chronic Care, *Organizzazione Sanitaria*, XLII, 4: 13-74, FRG Editore, Roma.

- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.

- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli.

Tabelle/figure, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1).

Acronimi e riferimenti legislativi. Si utilizzino le formule più semplici. Per gli acronimi, ad esempio: SSN, PSN, ASL, AO, DRG, ROD, FSN. Per le norme, ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 29/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

MONDO SANITARIO

Fondatore

Mario Greco

Direttore responsabile

Nicola Nante

Comitato Scientifico

Francesco Colavita, Marinella D'Innocenzo, Roberto Grinta, Gloria Mancini Palamoni,
Isabella Mastrobuono, Gabriele Messina, Marino Nonis

Comitato di Redazione

Maria Carmen Agnello, Giuseppe Belleri, Giovanna Borromeo, Simona Gentile,
Cecilia Quercioli, Lorenzo Righi, Gennaro Sosto, Maria Vella

LISTINO 2025

(importi comprensivi di IVA 4% come previsto dal comma 637, art. 1, L. 28 dicembre 2015, n. 208 ad eccezione dell'abbonamento cartaceo che prevede l'IVA c/Editore)

Abbonamenti Riviste	ISSN	Importo Italia/Estero	Fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XLIX - trimestrale on line)	1827-9724	187,00	35,00	20,00
MONDO SANITARIO (Vol. XXXII - mensile 11 fascicoli on line)	1970-9374	258,00	30,00	20,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO on line		351,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (cartaceo + on line)		527,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (Vol. XXXV - on line)	1970-9722	350,00		

Acquisto Libri	Formato	Prezzo di vendita
Quaderni OS/1 - COVID-19 - Riflessioni sulla pandemia ed esigenza di revisione del sistema sanitario (a cura di I. Mastrobuono) 2020	pdf	19,00
Quaderni OS/02 - Considerazioni e riflessioni su PNRR e Organizzazione Sanitaria (di M. Nonis) 2021	print	28,00
	pdf	15,00
Quaderni OS/03 - A chi interessa il benessere del medico. Il malessere del medico e gli effetti sulla salute del paziente e sui costi della cura (di G.G. Pepe e F. Pepe) 2022	print	28,00
	pdf	15,00
Appunti di medicina narrativa. La pratica applicata (di U.M.S. Caraccia, M. D'Innocenzo, F. Colavita) 2021	print	18,00
	pdf	9,00
La medicina di genere (a cura di F. Colavita) 2021	print	20,00
	pdf	9,00
La presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia: nascita, evoluzione ed esiti di una riforma (di G. Belleri) 2021	print	25,00
	pdf	18,00

COME ABBONARSI O ACQUISTARE UN LIBRO:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (**IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94**) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e-mail **info@frgeditore.it** segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere. Trattandosi di abbonamenti on line, in mancanza di pagamento anticipato, non verranno attivati i codici di accesso alle pubblicazioni.

ACCESSO ON LINE - Per gli Abbonati dotati di apposito *IP statico*, l'accesso potrà avvenire tramite identificazione e riconoscimento della rete autorizzata. In assenza di detta comunicazione, entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verranno comunicate user e password per l'accesso on line alle Riviste acquistate.

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