

DALLA SANITA' ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

UN NUOVO PARADIGMA PER LO
SVILUPPO DEL WELFARE LOCALE

CONVEGNO DEL 10 FEBBRAIO 2021

a cura di:
Lauro Sangaletti
Anna Meraviglia

progetto editoriale:
Jessika Ronchi

DALLA SANITA' ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

UN NUOVO PARADIGMA PER LO
SVILUPPO DEL WELFARE LOCALE

CONVEGNO DEL 10 FEBBRAIO 2021



Indice

7

Prefazione

a cura di Anna Meraviglia e Lauro Sangaletti

9

Introduzione

contributo di Mauro Guerra, presidente Anci Lombardia

13

Confronto tra le istituzioni

31

Sessione 1

Il potenziamento dei sistemi territoriali sociosanitari e la continuità ospedale-territorio nel perseguimento degli obiettivi di tutela della salute

53

Sessione 2

L'integrazione come chiave di volta per la costruzione dei sistemi locali: il welfare di comunità

73

Sessione 3

Nuove relazioni istituzionali: il nodo della rappresentanza e del ruolo dei comuni nei sistemi

Prefazione

**Anna Meraviglia, Coordinatrice Dipartimento Welfare
Lauro Sangaletti, Ufficio Stampa
Anci Lombardia**

L'ebook che state sfogliando, con l'entrata nel vivo della discussione sulla riforma della Legge Regionale 23/2015 "Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo" a conclusione della sua sperimentazione, raccoglie i contributi emersi durante la giornata di approfondimento promossa sul tema da Anci Lombardia il 10 febbraio 2021.

L'Associazione dei Comuni lombardi, dopo aver presentato le sue riflessioni sul tema in un documento che ha saputo integrare anche quanto emerso nei territori nel corso di un anno, il 2020, segnato dalla pandemia Covid-19, ha pensato fosse necessario mettere a fattor comune le osservazioni elaborate e promuovere un confronto tra i diversi attori coinvolti: rappresentanti del Sistema delle Autonomie, dei Sistemi Sociosanitario e Socioeconomico, delle Parti Sociali e del Terzo settore.

Emerge così un'attenta analisi del contesto lombardo, definita dalle specificità delle organizzazioni a confronto e dei territori rappresentati: un quadro che riflette la complessità del territorio regionale e della materia e che chiede al legislatore una necessaria presa in esame delle molteplici variabili in gioco nell'addivenire al nuovo testo normativo.

In tal senso, le pagine seguenti possono rappresentare un importante contributo a questo percorso di riforma.

Introduzione

Mauro Guerra **Presidente Anci Lombardia**

Grazie e benvenuti a tutti, ringrazio il Presidente del Consiglio regionale Alessandro Fermi, la Vicepresidente di Regione Lombardia Letizia Moratti, i rappresentanti delle forze sociali, delle istituzioni e i professionisti del terzo settore.

Oggi, come Anci Lombardia, abbiamo provato a mettere assieme una giornata di lavoro, ascolto e confronto legata al percorso di aggiornamento della legge 23. Abbiamo prodotto a Regione un documento frutto di un confronto costante con i medici di medicina generale, gli operatori sociali e del settore per dire la nostra e confrontare opinioni e proposte.

Questo a partire da alcune convinzioni. La prima è che stiamo ragionando sulla revisione della legge 23 sullo sfondo della pandemia che stiamo vivendo in una fase importantissima in cui l'urgenza è l'impegno nella campagna vaccinale. Stiamo collaborando con Regione Lombardia, abbiamo tavoli operativi che stanno partendo e c'è un confronto in atto, un passo fondamentale per il nostro Paese su cui dobbiamo concentrare le nostre energie. Invitiamo per questo tutti a collaborare, un appello che rivolgo anche a noi Sindaci, a tutti i livelli istituzionali. Non lavoriamo a uno scontro, a uno strappo istituzionale, ma abbiamo la necessità di trovare i modi le forme per costruire un piano vaccinale condiviso, un impegno e uno sforzo che dobbiamo assolutamente assumere e i Comuni faranno la loro parte.

In questa fase complicata abbiamo preso dei colpi duri ma abbiamo appreso alcune lezioni di cui fare tesoro: abbiamo vissuto uno straordinario stress test del nostro sistema socio-sanitario che ci saremmo volentieri evitati. Un test che coincide con la fine della sperimentazione della legge 23.

Tutto questo ci fa dire che si tratta di una occasione che

non possiamo perdere, da non ridurre a passaggio burocratico o solo di riflessione su qualche aggiustamento di ingegneria organizzativa, credo ci siano tutte le condizioni per mettere a frutto quanto imparato in questa difficile fase per chi lavora con uno spirito di leale collaborazione per far compiere un passo avanti al nostro sistema sociosanitario.

Anci Lombardia ha cercato di tenere la barra ferma, e non solo con un approccio sindacale ma guardando all'interesse generale perché rappresentiamo i territori e le comunità.

E le parole 'comunità' e 'territorio' in questi mesi declinati anche in termini di medicina e sanità territoriale, sono tornati costantemente al centro del dibattito. Abbiamo parlato spesso di un potenziamento e riorganizzazione della medicina territoriale, di una più forte integrazione sociosanitaria da connettere al meglio con le eccellenze che abbiamo nella sanità ospedaliera. Considerazioni maturate in questi mesi che devono stare certo al centro del ragionamento. Ma abbiamo anche ragionato sulle sanità e salute in termini di politiche sanitarie, intese non solo come cura delle malattie, fase essenziale delegata a scienza e tecnica e al rapporto con gli operatori del settore in rapporto ai legislatori regionali e nazionali, ma anche come prevenzione, presa in carico e accompagnamento prima, durante e dopo la cura. Intervento e politiche multidimensionali sui determinati economici, ambientali, sociali, culturali, sulle diseguaglianze sulle difficoltà di accesso alla tutela della salute.

E se questo è il tema di fondo, certamente si incrocia con il ruolo essenziale dei Comuni, delle città che va ben oltre quello che, dal punto di vista normativo, rischia di essere un relitto con poco significato, quello del Sindaco come autorità locale in materia di sanità, ma che negli anni di fatto progressivamente escluso dal circuito dalle politiche di salute o coinvolto solo come spettatore o condivisoro formale di politiche maturate altrove.

Un ruolo che va oltre anche la richiesta di soccorso alla quale rispondiamo con grande impegno anche in termini di attività da svolgere, di personale a disposizione nel momento di crisi come quello che stiamo vivendo.

Le politiche pubbliche locali e la loro integrazione finalizzate alla tutela della salute diventano essenziali nel nuovo assetto e non si tratta di rivendicazioni di ruolo di categorie che porta i Sindaci

a ripensare il loro ruolo. Dalle azioni concrete alle valutazioni generali delle politiche fino ai piani di rappresentanza, ci stiamo interrogando su come noi amministratori possiamo dare un contributo più forte.

Lavoro nel quale non sono coinvolti solo le istituzioni, ma sono molto coinvolte le forze sociali, il terzo settore, in un quadro di sussidiarietà che vorremmo funzionale al bene comune. Politiche per la salute, territorio, comunità, presa in carico, continuità assistenziale, integrazione, prevenzione, rappresentanza governance sono le parole chiavi che vorremmo portare come riflessioni al legislatore regionale impegnato in questa importantissima fase di revisione della legge 23.

Confronto tra le Istituzioni

Giacomo Ghilardi
Vice Presidente Vicario Anci Lombardia

Con l'avvio, dopo cinque anni di sperimentazione, del percorso di revisione della Legge regionale 23 del 2015, Anci Lombardia ha promosso una riflessione che coinvolge tutti gli attori interessati dalla riforma, in primis le Istituzioni regionali e nazionali.

Una nuova impostazione del sistema sociosanitario lombardo richiede innanzitutto la condivisione di una piattaforma progettuale che sia in grado di far dialogare le istanze del legislatore con quelle di chi opera territorialmente e con le legittime richieste della cittadinanza, anche alla luce di quanto emerso dopo l'ultimo anno vissuto all'insegna della pandemia da covid-19.

L'iniziativa di Anci Lombardia, mettendo a confronto rappresentanti del mondo dei servizi sanitari, del welfare locale, del volontariato e del terzo settore, mira a contribuire all'emersione di un percorso condiviso, che chiama in causa, in primo luogo, le Istituzioni a cui saranno posti quesiti, evidenziate le problematiche e presentati scenari operativi.

Alessandro Fermi **Presidente Consiglio Regionale della Lombardia**

Porgo a tutti voi un cordiale benvenuto, a nome mio e di tutto il Consiglio regionale. Ringrazio Anci Lombardia per aver organizzato l'appuntamento di oggi che ci stimola e ci permette di affrontare il tema sanitario partendo dai bisogni delle nostre comunità locali, cercando appunto di utilizzare un nuovo "paradigma".

L'anno appena trascorso ha messo a dura prova tutti sistemi sanitari del mondo e il nostro non ha fatto eccezione. I nostri ospedali hanno saputo far fronte all'evento pandemico e hanno saputo costituire un argine fondamentale, dimostrando attraverso il lavoro di medici, infermieri e personale sanitario la solidità di un sistema.

L'emergenza sanitaria ci ha anche messo di fronte criticità e punti deboli sui quali è necessario lavorare e dai quali occorre ripartire e che ci obbligano sicuramente ad alcune riflessioni sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali.

Tuttavia, ritengo culturalmente sbagliato che l'anno pandemico, pur se coincidente con il termine della sperimentazione della legge 23 del 2015, non può rappresentare il termine di paragone per costruire la nuova riforma sanitaria: la visione deve essere complessiva, deve partire dai punti di forza e di debolezza del nostro sistema e, insieme a tutti gli attori coinvolti, ripartire dai territori.

Il modello di welfare mix pubblico-privato come quello lombardo, in cui il principio di sussidiarietà non è solo retorica, ma principio ispiratore e organizzatore di un diverso funzionamento delle istituzioni ha dimostrato infatti, negli anni, che chiunque, indipendentemente dalla propria situazione sociale ed economica, può accedere alle eccellenze ospedaliere della Lombardia, cosa impensabile fino a qualche decennio fa.

Questi principi non possono che essere le fondamenta

Porgo a tutti voi un cordiale benvenuto, a nome mio e di tutto il Consiglio regionale. Ringrazio Anci Lombardia per aver organizzato l'appuntamento di oggi che ci stimola e ci permette di affrontare il tema sanitario partendo dai bisogni delle nostre comunità locali, cercando appunto di utilizzare un nuovo "paradigma".

L'anno appena trascorso ha messo a dura prova tutti sistemi sanitari del mondo e il nostro non ha fatto eccezione. I nostri ospedali hanno saputo far fronte all'evento pandemico e hanno saputo costituire un argine fondamentale, dimostrando attraverso il lavoro di medici, infermieri e personale sanitario la solidità di un sistema.

L'emergenza sanitaria ci ha anche messo di fronte criticità e punti deboli sui quali è necessario lavorare e dai quali occorre ripartire e che ci obbligano sicuramente ad alcune riflessioni sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali.

Tuttavia, ritengo culturalmente sbagliato che l'anno pandemico, pur se coincidente con il termine della sperimentazione della legge 23 del 2015, non può rappresentare il termine di paragone per costruire la nuova riforma sanitaria: la visione deve essere complessiva, deve partire dai punti di forza e di debolezza del nostro sistema e, insieme a tutti gli attori coinvolti, ripartire dai territori.

Il modello di welfare mix pubblico-privato come quello lombardo, in cui il principio di sussidiarietà non è solo retorica, ma principio ispiratore e organizzatore di un diverso funzionamento delle istituzioni ha dimostrato infatti, negli anni, che chiunque, indipendentemente dalla propria situazione sociale ed economica, può accedere alle eccellenze ospedaliere della Lombardia, cosa impensabile fino a qualche decennio fa.

Questi principi non possono che essere le fondamenta su cui costruire qualsiasi possibile azione riformatrice.

La legge di riforma del 2015 è figlia di policy di taglio della spesa (politiche di accentramento e dimensionamento all'area vasta, conseguente alla riforma Del Rio sulle Province) con conseguente attuazione di razionalizzazione dei centri direzionali che hanno dimostrato tutti i propri limiti di funzionamento. Mi riferisco, in particolare, alla necessità di ripensare l'azzoneamento territoriale delle ATS, la cui eccessiva estensione territoriale e l'elevato numero di cittadini ricompresi nei rispettivi ambiti hanno mostrato

l'impossibilità di poter governare in modo efficace e adeguato le diverse comunità locali.

È utile quindi riflettere su un ritorno a una ATS che abbia la singola provincia come unico ambito di competenza. In questo senso appare cruciale rimettere al centro del sistema i distretti socio sanitari, geograficamente omogenei, all'interno dei quali si possono sperimentare nuove soluzioni, quali a esempio l'infermiere di famiglia, in quanto offrono la giusta prospettiva per le politiche di integrazione socio sanitarie.

Maggiore prossimità che attraverso la realizzazione di Presst (Presidi sociosanitari territoriali) per implementare un legame più saldo con il territorio, perseguendo, allo stesso tempo, una forte integrazione degli ambiti sociosanitario e sanitario attraverso una migliore definizione degli attori del sistema e delle reti, per dare la più appropriata risposta possibile ai bisogni dei cittadini, soprattutto quelli che versano in situazioni di fragilità e cronicità.

Il modello gestionale di presa in carico deve avere nella medicina generale il vero fulcro intorno a cui far ruotare l'assistenza sanitaria che così, in modo efficace, può attuare il ruolo di filtro per la sostenibilità dell'assistenza ospedaliera. Fondamentale però sarà liberare questo comparto sanitario dalla burocrazia che negli ultimi anni ne ha mortificato il ruolo, così come è necessario aumentare ulteriormente le borse di studio per favorire l'accesso alla professione che rischia, tra pensionamenti e carenze di organico, di portare il medico di medicina generale alla soglia di duemila mutuati cadauno. Attraverso così un nuovo patto di collaborazione.

Se c'è un aspetto che è emerso con forza dall'emergenza sanitaria è il ruolo dei Sindaci, il vostro ruolo. I Sindaci sono stati punto di riferimento e di presidio del territorio, sia dal punto di vista operativo che nella risoluzione delle diverse esigenze manifestate dalle rispettive Comunità. Nell'ottica del "nuovo paradigma per lo sviluppo del welfare locale" i Sindaci devono tornare ad essere attori protagonisti del sistema socio-sanitario. Il loro, anzi il vostro ruolo, quali Autorità Sanitarie locali, deve essere rafforzato per garantire un'effettiva partecipazione al processo decisionale nella governance del sistema. La Conferenza dei sindaci dovrà essere uno snodo cardine, qualificato e operativo per un deciso cambio di passo: la partecipazione dei Comuni e quindi dei territori, non

è per noi un'opzione tra le altre, ma il fondamento di un agire politico e amministrativo.

Una sensibilità che è ben presente nel Consiglio regionale, all'interno del quale numerosi sono i colleghi, che, come me, hanno avuto un'esperienza amministrativa nel proprio Comune. Sensibilità che già nella riforma del Consiglio delle Autonomie Locali, luogo deputato alla raccolta delle istanze delle Autonomie locali, abbiamo esplicitato per rafforzare la presenza dei territori nel processo decisionale regionale.

Adeguamenti sono necessari non vi è dubbio, ma non possiamo accettare che vi siano delle prescrizioni dirimenti da porre in atto, in maniera anche necessaria, come indicato da parte dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Si tratterebbe di un tentativo di indicare l'agenda del cambiamento all'ente regionale che, in qualità di Presidente del Consiglio regionale - la terza camera rappresentativa del Paese - non posso che rifiutare nella maniera più assoluta. In quanto è proprio nel Consiglio che risiede la potestà legislativa come è previsto nel Titolo V della Carta costituzionale repubblicana. Regione Lombardia, infatti, rivendica la propria autorità in punta di diritto e, sul piano politico ribadisce invece la propria capacità, attraverso la collaborazione e l'ascolto dei tanti mondi vitali che compongono questa regione, di riformare in autonomia il proprio Sistema sanitario. Un metodo di azione e lavoro che attueremo partendo proprio dall'ascolto dei territori, dai sindaci agli operatori del Terzo settore e volontariato. Siamo fortemente convinti che la risposta ai bisogni collettivi non debba essere calata dall'alto, ma debba nascere, grazie alle autonomie, dal basso secondo un modello che coinvolge le formazioni sociali nella gestione e nell'erogazione dei servizi pubblici.

Auspico che proprio questo metodo, fatto di attenzione ai territori e ai loro rappresentanti, possa essere replicato anche nel percorso di riforma della legge 23 al fine di dare così attuazione ad un nuovo welfare locale.

Letizia Moratti
Vicepresidente e Assessore al Welfare Regione Lombardia

In questo momento l'assoluta priorità è il tema vaccinale, ma il percorso della Legge 23 prosegue. Siamo consapevoli che le sfide di oggi sono più complesse perché hanno in sé maggiori rischi di contagio e quindi tutto deve essere ripensato. Mi sono presa del tempo, in questo momento sto facendo un processo di ascolto sentendo gli stakeholder e studiando i suggerimenti che sono arrivati. Sappiamo con certezza che vi sono strette connessioni tra ambiente e salute e quindi le nostre città sono le più esposte ai rischi della pandemia. Si deve capire che il nuovo concetto di sanità passa attraverso la messa a fattor comune di elementi come l'ambiente, la salute umana, gli animali. Ci deve quindi essere una presa in carico diversa dei problemi e delle persone, il paradigma deve cambiare attraverso nuovi e moderni centri organizzativi. La revisione della Legge 23 è indispensabile per fare in modo che, anche in Lombardia, la medicina sia più vicina alle comunità e sia organizzata e predisposta in maniera tale da fornire certi servizi nel luogo più vicino ad ognuno. Da una logica ospedalocentrica si dovrà arrivare a una medicina del territorio. Servono modelli organizzativi che avvicinino la medicina alla comunità e in questo il ruolo dei Comuni è fondamentale, nell'ottica di un collegamento tra chi eroga servizi e i cittadini. Siamo favorevoli a un modello organizzativo che porti all'aggregazione di medici di medicina generale, infermieri, specialisti e realtà del terzo settore.

Domenico Mantoan
Direttore generale Agenas

Il Patto della Salute 2019-21 segna un punto fondamentale del sistema sanitario, anche se l'emergenza pandemia lo ha nei fatti stravolto subito dopo la sua approvazione. La situazione pre Covid ci vede con una media di 3 posti letto ogni mille abitanti, che ci pone in Europa all'ultimo posto insieme alla Spagna e che è il frutto di continui tagli negli ultimi decenni, Ben diversa la situazione della Francia (6 posti letto ogni mille abitanti) e della Germania (8 posti ogni mille abitanti). In soli tre mesi abbiamo avuto 6 miliardi di spese sanitarie. Oggi è grande l'attenzione dell'Agenzia sulla riforma sanitaria lombarda, poiché si attende una riforma che faccia da apripista alla riforma del sistema sanitario regionale e poi nazionale. È di cruciale importanza, per il livello nazionale, andare a riscrivere un modello organizzativo del territorio, per definire come devono organizzarsi i medici di medicina generale, e definire uno strumento per coordinare il complesso sistema di offerta dei servizi sanitari e sociosanitari. Considerata la complessità emergente nei fenomeni sanitari, è fondamentale che si formino modelli organizzativi che lavorino insieme per prendersi in carico le comunità dal punto di vista sanitario e sociosanitario. Dunque questa è la sfida prossima del modello sanitario, poi va calata nel modello organizzativo. Infine la revisione del sistema sociosanitario deve fare in modo che il cittadino possa avere punti di riferimento certi e i professionisti avere modelli organizzativi definiti, pertanto il modello sanitario deve essere fatto in modo che il cittadino si senta preso in carico e protetto, perché il sistema sanitario deve far capire al cittadino che la salute è un patrimonio che deve conservare anche attraverso modelli condivisi.

Guido Agostoni **Presidente Dipartimento Welfare Anci Lombardia**

Arriviamo a questo appuntamento di verifica della legge regionale 23 dopo cinque anni dalla sua approvazione e - mi sento di aggiungere - dopo che questo difficile periodo della pandemia da COVID 19 ha costituito di fatto una specie di "stress test" del funzionamento della legge stessa.

Anci Lombardia, in rappresentanza dei Comuni Lombardi si è sempre posta quale interlocutore nei confronti della Regione sui temi, come quelli socio-sanitari, sui quali i sindaci sono costantemente sollecitati dalle proprie comunità. Ed è proprio per questa sollecitazione che Anci chiede con forza alla Regione di poter partecipare ed interloquire sulla revisione della legge.

In questo senso, dopo averne discusso sia a livello di Dipartimento Welfare e di Dipartimento Attività Istituzionali sia nel Direttivo e nell'Assemblea, Anci Lombardia ha elaborato un documento, già trasmesso alla Regione, in cui si esprimono alcune prime valutazioni e le conseguenti proposte di modifica della legge.

Si parte da una premessa: si è spesso pensato alla sanità solo come cura della malattia... Si è così sostanzialmente oscurata la multidimensionalità dei determinanti della salute e del benessere, e si è così sminuito, fin quasi a perderlo, il ruolo centrale ed essenziale, a fianco della scienza e della tecnica medica, delle amministrazioni locali, di chi amministra le comunità e i territori.

Si vorrebbe allora partire proprio da qui riprendendo alcuni degli obiettivi che la legge 23 esplicitava, obiettivi peraltro condivisibili:

- Favorire l'integrazione sociosanitaria;
- Migliorare il rapporto ospedale - territorio;
- Rafforzare il ruolo degli enti locali per quanto riguarda la programmazione in ambito sociosanitario.

Obiettivi dicevo condivisibili che tuttavia, in questi anni di

applicazione della legge si sono persi o comunque decisamente indeboliti. Come dicevo prima il periodo pandemico ne ha ulteriormente evidenziato le criticità.

Cerco allora di declinare alcuni temi, descritti nel nostro documento.

1) INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

Su questo tema registriamo notevoli criticità. È vero che si tratta di un tema che si dibatte da oltre 20 anni come è stato ricordato anche in un recente convegno per i 20 anni della legge 328 del 2000; integrazione socio sanitaria definita come “la grande incompiuta”.

Per quanto riguarda la legge 23, ma anche provvedimenti più recenti come la DGR 3525 sul “Potenziamento e Riorganizzazione della rete di Assistenza Territoriale”, occorre dire che la Regione assume dell'integrazione solo la declinazione di carattere professionale dimenticando quella decisamente più rilevante di carattere istituzionale. Per meglio chiarire il concetto: non si fa integrazione solo perché si assume, oltre ai medici e agli infermieri, anche alcuni assistenti sociali e psicologi. Questo è un primo passo certamente importante, necessario ma decisamente insufficiente lungo il percorso dell'integrazione dove le istituzioni, con ruoli chiari e definiti, devono poter collaborare.

Ne derivano alcune proposte che cerco di riassumere.

A Livello Regionale: dare piena attuazione a quanto disposto dalla LR 23 (art. 27 ter) prevedendo un unico Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare); riallineare le indicazioni e le norme di riferimento rispetto alla programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria armonizzando le Leggi Regionali n. 23/2015 e n.3/2008; conseguentemente allineare pure le scadenze programmatiche poste in capo ai Comuni e agli Ambiti per ricondurre ad un filone unitario, le diverse politiche.

A Livello Locale assumere la prospettiva distrettuale quale area geografica omogenea di riferimento per strutturare dei coordinamenti sovra Ambito territoriale, anche al fine di facilitare una maggiore razionalità e omogeneità nei percorsi di integrazione tra le politiche sociosanitarie e le politiche sociali; prevedere che ASST, Distretti e Ambiti, possano co-programmare

modelli operativi interaziendali misti e integrati per garantire servizi condivisi e co-progettati; costituzione di Tavoli Istituzionali per l'integrazione sociosanitaria a livello di Distretto con ASST coinvolgendo gli Ambiti.

2) RAPPORTO FRA OSPEDALE E TERRITORIO

È a questo livello, in particolare sul polo territoriale, che, un po' da parte di tutti, si sono rilevate le maggiori criticità e debolezze nell'applicazione della legge 23.

Da una parte la non chiarezza di ruoli e funzioni fra ATS e ASST non ha aiutato: ne sono esempio le diverse aree di sovrapposizione e gli esempi sono molteplici, rilevati anche da interlocutori più qualificati. Ne cito solo uno: gli infermieri di famiglia o di comunità, figure certamente importanti e provvidenziali rispetto al tema della medicina territoriale: sono assunti dalle ASST ma la programmazione degli interventi si deve interconnettere anche con i MMG e i PLS che fanno invece riferimento alle ATS.

La debolezza della medicina territoriale penso sia un tema declinato da tutti gli interlocutori con cui anche come Anci Lombardia ci siamo confrontati, a partire ovviamente dai Sindaci agli Ordini dei Medici. È purtroppo venuto meno quel continuum assistenziale tra la realtà ospedaliera, nella quale trova la sua collocazione il trattamento dell'acuzie, e il territorio che deve prendersi cura delle fasi precedenti e successive all'ospedalizzazione specialistica.

Occorre un significativo investimento sulla dimensione territoriale in termini di migliore pianificazione, progettazione, organizzazione, nonché potenziamento delle risorse finanziarie, umane e strumentali dedicate.

Anche qui mi limito a elencare alcuni interventi proposti.

Incentivare la Medicina di Gruppo e prevedere quindi Aggregazioni funzionali di MMG e PLS, che riescano a disporre di personale amministrativo e a collaborare con il personale infermieristico e ostetrico, al fine di garantire un servizio e una copertura oraria migliori e ridurre così l'accesso ai Pronto Soccorso Ospedalieri.

Per favorire la continuità ospedale-territorio, occorre dare attuazione alla DGR n. 2019/2019 relativa al riordino e alla riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle degenze di comunità con una particolare attenzione a potenziare gli interventi per le cure intermedie/post acuzie in modo che la presa in carico della

cronicità possa essere attuata in maniera capillare ed efficiente. Occorre potenziare i servizi sociosanitari anche incrementando numericamente le figure professionali in essi previste. Dobbiamo infatti registrare in alcuni territori lombardi un depotenziamento in tal senso avvenuto nel quinquennio di applicazione della LR 23. Importante a questo proposito quanto disposto a livello nazionale con l'introduzione, richiamata anche prima, dell'infermiere di famiglia o meglio di comunità a supporto della presa in carico territoriale, in stretta collaborazione con i MMG e PLS. Occorre individuare e definire delle strutture presso le quali riunire i servizi di assistenza continuativa, di medicina generale (MMG e PLS), servizi di prevenzione, i servizi socio-assistenziali. Il riferimento va ai distretti o comunque a strutture simili alle Case della Salute e alle Unità Complesse di Cure Primarie. Andrebbero peraltro riprese e valutate alcune esperienze virtuose, condotte sul territorio lombardo prima dell'entrata in vigore della LR 23, in particolare in alcune aree montane, con modelli unitari organizzativi della programmazione e della gestione sia degli ospedali che dei servizi territoriali, con un soddisfacente livello di risposta ai bisogni del territorio.

3) IL RUOLO DEI COMUNI E LA RAPPRESENTANZA NELLE ATS E ASST: LE RELAZIONI ISTITUZIONALI

Il tema del rapporto e del ruolo dei Comuni riguarda il problema della Rappresentanza. Come noto gli organismi di Rappresentanza dei Comuni interagiscono solo con le ATS mentre si rapportano con le ASST solo per la disponibilità (che dobbiamo riconoscere si è quasi sempre verificata) dei rispettivi Direttori Generali. Infatti con l'avvento della LR 23, contrariamente a quanto si sarebbe dovuto verificare, i Comuni hanno visto rarefarsi il peso della loro partecipazione e rappresentanza all'interno degli organismi per la programmazione e gestione locale delle politiche e degli interventi sanitari e sociosanitari. Questo perché la legge 23, che ha assegnato alle ASST le materie di maggiore integrazione (dai Consultori familiari alla psichiatria, dall'ADI alle cure palliative fino ai diversi interventi rivolti alle persone con disabilità e i non autosufficienti, o ai servizi contro le dipendenze), ha di fatto escluso i Comuni da una interlocuzione formalizzata anche su questi specifici settori.

In sintesi l'interlocuzione con le ATS risulta quasi pleonastica da parte delle Conferenze dei Sindaci e dei Consigli di Rappresentanza viste le attuali dimensioni territoriali delle ATS, mentre laddove le dimensioni territoriali (ASST) permetterebbero una positiva interlocuzione non è previsto alcun organismo.

Ne consegue che le proposte sulla Rappresentanza degli Enti Locali necessariamente si intersecano con le proposte relative al dimensionamento e alle funzioni rispettivamente previste per ATS e ASST.

Considerato che le ATS dovrebbero svolgere la funzione di Programmazione, si potrebbe prevedere un'unica Agenzia Regionale o comunque in subordine, se le ATS devono rimanere, occorre ridefinirne la dimensione territoriale (ora troppo vaste).

Tutte le funzioni gestionali dovrebbero essere poste in capo alle ASST rivedendone dove necessario la zonizzazione e rendendo reale ed operativo il sociosanitario presente nell'acronimo: ne devono quindi far parte tutti i Dipartimenti, anche quelli attualmente incardinati nelle ATS, tutti i servizi e i presidi che riguardano le prestazioni previste dai LEA. Nell'unica azienda vanno cioè ricomposte le funzioni di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione sia per quanto riguarda i servizi e le strutture ospedaliere che territoriali. Ne consegue che anche la Rappresentanza degli Enti Locali deve esplicitarsi a questo livello, valorizzando e ridando vita alla dimensione Distrettuale in concomitanza con quella delle ASST.

Concludo con una sottolineatura di carattere procedurale.

Per poter riconfermare e dare consistenza ad una leale cooperazione tra Regione e Comuni in materia sociosanitaria, si ritengono di fondamentale importanza alcune prassi che dovrebbero essere assunte.

A livello regionale alcune deliberazioni programmatiche di ampio respiro dovrebbero essere adottate dopo aver sentito il parere delle rappresentanze dei Comuni. Il riferimento potrebbe essere il Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), quale organo di consultazione permanente tra la Regione e il Sistema delle autonomie locali lombarde.

Il parere su alcuni specifici argomenti, da individuarsi preventivamente, dovrebbe essere obbligatorio (intese forti, sul modello del rapporto già vigente nella Conferenza Stato /

Regioni). Altri argomenti potrebbero invece essere coperti da una “intesa debole”, meno garantista nei confronti delle competenze comunali. Analogo modello di relazioni istituzionali dovrebbe essere proposto territorialmente nella relazione tra le ASST e i Comuni, definendo quindi le materie da sottoporre ad intesa forte e quali ad intesa debole.

Ho evidentemente tralasciato altri argomenti, altrettanto importanti (come il riordino della Rete Ospedaliera che dovrebbe essere valutato in un confronto a livello regionale con il CAL (Consiglio delle Autonomie Locali) e nei rispettivi territori con le Conferenze dei Sindaci e il coinvolgimento delle Province.

Altro argomento che cito soltanto riguarda il tema del rapporto strategico tra pubblico e privato in materia di sanità, da rivedere affinché anche l'offerta convenzionata sia dimensionata e organizzata a partire dalle esigenze e dagli obiettivi complessivi di salute dei territori.

Permettetemi da ultimo una battuta, che rivolgo alla Regione: basta sigle e acronimi nuovi che confondono i cittadini; se proprio serve riprendiamone qualcuna di quelle che ormai la gente aveva interiorizzato, come ASL e Distretto (e non ASST e PREST che al di là delle difficoltà a pronunciarle hanno portato notevoli confusioni).

Sessione 1

Il potenziamento dei sistemi territoriali socio-sanitari e la continuità ospedale-territorio nel perseguimento degli obiettivi di tutela della salute

Lucio de Luca **Vice Presidente Anci Lombardia**

Dopo questo quinquennio di sperimentazione possiamo dire che la Legge Regionale 23/2015, basata su delle logiche di razionalizzazione e accentramento di funzioni e specializzazioni, ha prodotto dei risultati sicuramente positivi in termini di maggior efficienza economica e di sviluppo di centri di competenza e di eccellenza, ma ha purtroppo portato alla luce in modo drammatico anche alcuni importanti limiti.

È stato infatti evidente che la riduzione di presidi sanitari territoriali polifunzionali non sia stata una scelta adeguata nell'affrontare una situazione emergenziale straordinaria come quella di una pandemia; un virus sconosciuto e estremamente aggressivo, la mancanza di un protocollo ad-hoc, l'impreparazione specifica dei medici di base e delle guardie mediche, la carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, l'inappropriato uso da parte dell'utenza del pronto soccorso anche per situazioni non emergenziali hanno avuto due effetti esplosivi: l'eccessiva pressione sulle strutture ospedaliere che si sono trovate sovraccaricate e la trasformazione delle stesse in veri e propri focolai che hanno comportato la rapida moltiplicazione e diffusione della malattia.

Nonostante ciò, con enormi sforzi, il sistema sanitario Lombardo ha retto, sintomo del fatto che è effettivamente un'eccellenza, e ci ha restituito alcuni importanti spunti di riflessione per il perfezionamento di alcune soluzioni per la revisione della L.R. 23 nell'ottica di garantire una continuità assistenziale tra ospedali e territorio, sia nel post ricovero, certamente, ma anche in senso preventivo per ridurre il carico sulle aziende socio sanitarie territoriali. Per raggiungere questi obiettivi Anci Lombardia ha fatto diverse proposte quali il potenziamento della medicina di gruppo comprensiva di servizi specialistici e infermieristici e integrata con i servizi sociali e sociosanitari fino alla

realizzazione delle cosiddette “Case della salute” territoriali, intesi come luoghi per l’assistenza socio sanitaria integrata, la prevenzione e la continuità assistenziale.

Tutto ciò sottintende un forte investimento sulla dimensione territoriale sia in termini organizzativi che di risorse e il coinvolgimento dei Comuni quali istituzione più prossima al cittadino e caratterizzati da una grande conoscenza del territorio, da un’alta reattività, dalla capacità di rapida riorganizzazione dei servizi e di ottimizzazione delle risorse e soprattutto con la possibilità di esercitare una più efficace funzione di presidio del territorio.

Gianluca Galimberti
Presidente Assemblea dei Sindaci
e Consiglio di Rappresentanza ATS Valpadana

Serve rivedere i riferimenti normativi che inquadrano la materia, la legge 328, la legge 23 del 2015, il Dpcm del 12 gennaio 2012, la definizione dei LEA al fine di ripensare in maniera diversa, in senso olistico il sistema sociosanitario, con una visione del sistema. Propongo quindi un forte cambio di mentalità, che avvicini il sanitario e il sociosanitario ben sapendo che proprio quest'ultimo è elemento centrale dello sviluppo della nostra società. È necessario che nel percorso di presa in carico vi sia un approccio dal punto di vista del cittadino, il quale spesso non intravede alcuna differenza nella percezione di una risposta di natura sanitaria o sociale al suo bisogno. Un punto cruciale nella costruzione del nuovo sistema sarà il mettere a fuoco quali sono le professionalità necessarie per riuscire a costruire il cambiamento, poiché devono essere ripensati gli strumenti della erogazione dei servizi, che dovranno essere nuovi, legati alla domiciliarità dell'assistenza, poiché la casa del cittadino deve essere un luogo in cui lui si sente curato e per questo è necessario pensare alle reti. Tutto questo dovrà avvenire in tempi stretti e l'incrocio dei dati sarà di fondamentale importanza. Nella gestione delle risorse servirà maggior sussidiarietà e il rapporto pubblico-privato dovrà necessariamente essere ridefinito. Significativa è anche la richiesta di non moltiplicare i livelli di *governance* sul territorio, perché questo complicherebbe ulteriormente la gestione, mentre c'è necessità di chiarezza e semplificazione.

Gianluigi Spata **Presidente FROMCeO Lombardia**

Il nostro sistema sanitario regionale con la legge 23/2015 è stato profondamente modificato con la costituzione di 8 ATS alle quali è stata delegata gran parte della governance e con l'allocazione dell'attività di erogazione pubblica alle ASST, comprese le attività territoriali. Di fatto le risorse, soprattutto in questo periodo emergenziale pandemico, si sono concentrate soprattutto sugli ospedali. Questo tipo di assetto ha indebolito la medicina del territorio che ha così perso i punti di riferimento indispensabili per avere risposte rapide ai propri bisogni assistenziali. È quindi necessario ricostruire in tempi brevi una catena di comando per le cure primarie molto forte, efficace e capace di governare il territorio e puntare a un potenziamento dei dipartimenti di cure primarie, dei dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria e creare una struttura dedicata dell'assessorato al welfare potenziata sia in termini di risorse umane che di competenze. Le cure primarie devono puntare alla medicina di gruppo, al microteam e deve avvalersi della collaborazione degli infermieri e di personale amministrativo, dotandosi anche di strumenti diagnostici di primo livello e del supporto della telemedicina. Una siffatta rimodulazione della medicina territoriale è il presupposto per promuovere la presa in carico del paziente cronico che deve essere in carico al MMG/PLS, Clinical manager del proprio paziente. Il ricambio generazionale resta per i medici un drammatico problema, l'attuale numero delle borse di studio per le specialità e per il corso di formazione in medicina generale non sono sufficienti a risolvere sia il problema dell'imbutto formativo (sono più di 15 mila i medici precari neoabilitati) che il ricambio generazionale. Sarà necessario risolvere tutti i problemi del SISS di Regione Lombardia e puntare alla de-materializzazione delle ricette eliminando totalmente il cartaceo. Infine un

particolare ringraziamento va ai Comuni e ai Sindaci che hanno messo a disposizione spazi adeguati per la somministrazione dei vaccini antinfluenzali e che ora daranno analoga disponibilità quando avremo a disposizione sul territorio i vaccini anti Covid ed è auspicabile che tale collaborazione non si limiti solo alla situazione emergenziale del momento ma continui anche in futuro su altri progetti socio-sanitari.

Andrea Guandalini **Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Mantova**

Quanto successo negli ultimi mesi, con l'evento Covid-19, ha manifestato tutte le criticità di un sistema socio sanitario frammentato ed incompiuto come quello di Regione Lombardia.

UN SISTEMA FRAMMENTATO

La sensazione è stata quella di una mancanza di collegialità e di comunicazione in grado di fronteggiare in modo univoco l'emergenza territoriale, che perlopiù è stata comunque in parte gestita grazie alla buona volontà e perseveranza di infermieri ADI e da infermieri liberi professionisti non accreditati che hanno continuato ad erogare assistenza sul territorio.

È mancato il tempo per il raccordo e la condivisione verso obiettivi comuni e strategici, è mancato a nostro avviso un rapporto diretto tra ATS e i professionisti infermieri che già operano da anni sul territorio.

Tutto questo ha reso difficile e, in alcuni casi, impossibile trasformare le linee programmatiche in offerta di servizi sanitari al cittadino e – per converso – ha reso quasi impossibile e comunque molto approssimativa la lettura del bisogno del territorio con le conseguenze che ben conosciamo.

UN SISTEMA INCOMPIUTO

Alcuni elementi previsti dal PSSR 2019-2023 ma di fatto ancora incompiuti avrebbero potuto rafforzare la capacità dei servizi sanitari di leggere il territorio individuando bisogni che poi si sono trasformati in emergenze e sono andati a sovraccaricare la rete ospedaliera.

Tra questi vi è senz'altro la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità su cui la Regione Lombardia si è già espressa nel 2015 e nel 2019 inserendolo nel progetto di rinnovamento dei servizi socio-sanitari territoriali in

cui si doveva spostare l'attenzione da una organizzazione votata alle prestazioni ad un servizio dedicato alla prevenzione, alla continuità assistenziale, all'educazione sanitaria in rete con gli altri professionisti sociali e sanitari dei servizi territoriali.

LEGGE REGIONALE 23/2015

Già la L. 23/2015 cercava di cambiare visione passando da un sistema basato metodologicamente sulle "*prestazioni*" ad uno basato su una "*presa in carico*" del cittadino che non è più soggetto passivo di un intervento estemporaneo, ma che ne diventa il principale attore, ed una risorsa per tutto il sistema.

Mai come nel caso della pandemia del Covid-19 si sarebbe potuto/dovuto parlare di una *presa in carico "proattiva"*, in linea con una "medicina di iniziativa", che tanto necessita questo Paese, in previsione anche dell'attuale situazione di emergenza che nella seconda fase dell'epidemia si dovrà concentrare sulla prossimità ai cittadini, sulla velocità delle risposte (vaccinazioni), e sulla diagnostica per effettuare un corretto monitoraggio della popolazione.

L'articolo 10 comma 10 della citata legge Regionale introduce il Servizio dell'infermiere di famiglia, che sul territorio si deve rapportare con le istituzioni sociali e sanitarie del territorio, i MMG le farmacie per offrire servizi ai cittadini.

Mai come ora quindi si evidenzia una chiara visione dell'importanza dell'introduzione della figura dell'Infermiere di famiglia e comunità (d'ora in poi Ifec).

L'inserimento della figura dell'Ifec, contribuirebbe così in modo determinante a superare la frammentazione che è avvenuta anche sul territorio negli ultimi 20 anni, e a restituire la governance diretta a chi è deputato ad attuarla ed ha l'onere di attuarla ossia la Regione Lombardia attraverso un coordinamento svolto da ATS Dipartimento cure primarie in stretto raccordo con gli Enti Locali le Agenzie servizi alla persona e non ultimi i piani di Zona.

Gli infermieri del territorio Lombardo hanno sempre svolto un ruolo socio-sanitario che rappresentano con il loro lavoro di raccordo anche se non più governate direttamente dal servizio pubblico, ma in regime libero-professionale non accreditato o affidate ad Enti Gestori accreditati.

Del resto è un dato di fatto che tali Enti Gestori si avvalgono, nella

maggior parte dei casi, di infermieri libero professionisti i quali mettono a disposizione da sempre conoscenze scientifiche che ogni giorno rappresentano ai loro assistiti sotto forma di attività assistenziali per la loro cura ed il loro benessere.

In questo modo l'Ifec così come descritto costituisce una evoluzione che affiancherebbe l'attuale sistema di erogazione fatto ora da soli Enti gestori, ma soprattutto con una contrattualizzazione libero professionale

in forma associata garantirebbe continuità assistenziale e assicurerebbe un ventaglio di offerte professionali che a titolo esemplificativo potranno riguardare:

- modelli di educazione sanitaria alle famiglie e alle collettività (SCUOLE) al fine del contenimento dell'infezione;
- definizione su appuntamento degli accessi a domicilio per interventi sanitari diagnostici e di consulenza, e fungere da collante della rete socio sanitaria assistenziale (SAD - ADI);
- utilizzo di strumenti informatici per le attività di assistenza domiciliare e di teleassistenza;
- utilizzo ed esecuzione della telemedicina, ed esecuzione della diagnostica di primo livello.

Concludendo vorrei soffermarmi sulla carenza di infermieri, partendo dalla necessità di rendere più attrattiva la professione infermieristica per i giovani ai fini di una scelta più consapevole, formando anche una nuova conoscenza della professione non più vista come una scelta lavorativa che si svolge quasi esclusivamente in ospedale, ma dando sin dalla formazione triennale universitaria l'immagine di poter interpretare la professione in contesti socio sanitari quali quelli che ho descritto sull'infermiere di famiglia e comunità.

Annarosa Racca
Presidente Federfarma Lombardia

La farmacia non ha avuto debolezze in questi lunghi mesi segnati dalla pandemia: sin dai primi momenti della pandemia abbiamo capito che era necessario agire. Abbiamo dimostrato di essere vero, primo presidio del Sistema Sanitario Regionale non solo nella dispensazione di farmaci, ma anche per il ruolo sociale che abbiamo rivestito già nei primi mesi dell'emergenza sanitaria quando eravamo gli unici aperti insieme ai supermercati. Abbiamo istituito un numero ad hoc per le emergenze, effettuato la consegna a domicilio dei farmaci. Abbiamo subito provveduto alla dematerializzazione delle ricette, un modello che poi tutte le altre regioni hanno seguito. Per tutte queste ragioni il contributo delle farmacie sarà fondamentale nella stesura della revisione della legge 23: dobbiamo collaborare alla costruzione del fascicolo sanitario elettronico, all'implementazione della telemedicina e dell'aderenza alla terapia anche al fine di un risparmio dei costi. Sul tema delle vaccinazioni covid, la farmacia deve rientrare nella rete e costruire un percorso di presa in carico rispondendo all'esigenza della gente, che chiede di essere vaccinata al più presto. Altro tema da affrontare con la massima collaborazione è quello della dematerializzazione che deve essere completata. I Comuni, Anci, medici, farmacisti e infermieri devono lavorare insieme per migliorare ancora di più l'assistenza territoriale, serve un nuovo paradigma per rispondere sempre di più alle esigenze dei cittadini.

Renato Acquistapace **Coordinatore settore farmacie Confservizi Lombardia**

Il tema proposto per il convegno di questa mattina merita una attenta riflessione che cercherò di sviluppare naturalmente utilizzando il punto di vista della farmacia.

SANITA'=CURA/OSPEDALE

Il concetto di "sanità" viene spesso identificato con quello che attiene alla cura. Ciò significa che si è sempre portati a pensare che quando si parli di sanità ci si riferisca sempre al fatto che le strutture ospedaliere debbano sempre funzionare al meglio e debbano sempre rispondere all'esigenza di salute che il cittadino richiede. Non è mia intenzione contestare o mettere in discussione una simile affermazione, vorrei soltanto sottolineare che salute e sanità sono concetti molto ampi, che coinvolgono diversi soggetti e che certamente uno di questi non può che essere la rete delle farmacie.

Io qui rappresento le circa 500 farmacie comunali della Lombardia ma parlo di farmacia come "sistema", pubbliche o private che siano, e su questo punto so che anche la Dott.ssa Annarosa Racca, Presidente di Federfarma Lombardia concorda con me.

Nel quadro emergenziale, costituito dalla pandemia, dove gli ambulatori di medicina territoriale e le strutture ospedaliere hanno avuto difficoltà enormi, il sistema-farmacia si è dimostrato un valido e insostituibile presidio territoriale di prima istanza, interpretando in questa fase drammatica della vita del Paese con coraggio e responsabilità il proprio ruolo sanitario, dimostrando ancora una volta il suo potenziale all'interno del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale e mettendo a disposizione delle istituzioni e dei cittadini le capacità professionali, la vocazione assistenziale e, non ultima, la capillare presenza territoriale.

In questo periodo tanto complicato i cittadini si sono accorti più di sempre che esiste un luogo sul quale

hanno potuto fare affidamento per ottenere informazioni, consigli oltre all'essere riusciti a rifornirsi di tutti quei dispositivi necessari per la prevenzione e la lotta al virus.

Le farmacie hanno sempre operato a battenti aperti e sono stati veramente l'ultima linea di difesa prima di arrivare alle strutture ospedaliere.

Tanti sono stati i giusti attestati di stima e ringraziamento arrivati anche dalle più alte cariche dello stato alle farmacie (Il Presidente della Repubblica).

Credo che sia giunto veramente il momento in cui, da parte di tutti i soggetti interessati (Stato, Regioni, etc.) si guardi alla farmacia come anello fondamentale ed insostituibile della catena sanità, per arrivare alla promozione della salute.

Ricordando che un primo passo in questa direzione è stato fatto con la legge istitutiva della c.d. "Farmacia dei Servizi" che oggi sta divenendo realtà grazie all'impegno profuso dalla dottoressa Annarosa Racca che ci ha creduto dai tempi in cui rivestiva il ruolo di Presidente nazionale di Federfarma e da Venanzio Gizzi, Presidente di Assofarm, la Federazione delle farmacie pubbliche, un diretto e concreto riconoscimento del ruolo e delle potenzialità delle farmacie è giunto in questo ultimo periodo con il conferimento alle stesse della possibilità di effettuare prestazioni professionali prima assolutamente escluse come l'esecuzione dei tamponi e della somministrazione dei vaccini anti Covid nella straordinaria e impegnativa campagna di contrasto alla pandemia.

A seguire, abbiamo in questi giorni firmato con la Regione vari protocolli che consentiranno ai cittadini di sottoporsi al tampone ed alla vaccinazione presso le farmacie del territorio.

Ringraziamo l'Assessore Letizia Moratti per la sensibilità che ha da subito dimostrato verso i farmacisti ed il sistema farmacia, un mondo costituito da donne e uomini che vivono la professione come una vera e propria vocazione, al pari di tutti gli altri operatori sanitari.

La capillare collocazione sul territorio permette alla farmacia di servire un elevatissimo numero di cittadini sparsi in ogni luogo del nostro territorio lombardo, non solo nelle grandi città ma soprattutto nei paesini sperduti nelle valli dove la farmacia è spesso l'unico presidio sanitario facilmente raggiungibile.

Nei prossimi mesi in Lombardia si discuterà della riforma sanitaria.

Un appuntamento importante che – auspichiamo - dovrà considerare e coinvolgere anche la farmacia in un’ottica di lungo respiro che consenta nell’immediato di dare piena applicazione a quanto normativamente ora previsto ma anche di perseguire la piena valorizzazione professionale ed operativa del farmacista e della farmacia del futuro, a partire - perché no - anche dalla formazione universitaria. Davvero dovrà essere l’occasione per passare dalla sanità “di presidio ospedaliero” alla promozione della salute “di territorio”.

Diego Catania
Presidente Ordine TSRM e PSTRP (Professioni Sanitarie)
di Milano

L'Ordine TSRM e PSTRP di Milano e province raccoglie 19 Professioni Sanitarie che operano nell'area tecnico-diagnostica, tecnico-assistenziale, della riabilitazione e della prevenzione. Il loro contributo al welfare locale appare cruciale, sia per la multidisciplinarietà che rappresentano, sia per il ruolo di ponte che svolgono fra la presa in carico ospedaliera e le dimissioni in seno alla famiglia.

Solo a titolo d'esempio potrei citare gli interventi di radiologia domiciliare, che nel corso della fase acuta della pandemia hanno aiutato a effettuare diagnosi precoci sui soggetti più fragili; la riabilitazione fisioterapica a domicilio sui pazienti impossibilitati a spostarsi; il supporto alla disabilità svolto nelle strutture residenziali dagli Educatori professionali; la riabilitazione logopedica e nutrizionale attuata da Dietisti e Logopedisti sui pazienti disfagici e la gestione delle attività dei Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico attraverso i Point-Of-Care-Testing, "test rapidi" che possono essere effettuati in farmacia. Desidero porre in rilievo anche l'attività di prevenzione, screening e monitoraggio dei contagi effettuata dagli Assistenti Sanitari e dai Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, nonché l'impegno profuso in prima linea dai nostri Professionisti nei reparti di terapia intensiva, nelle cliniche, negli studi privati e ovunque le loro competenze siano richieste. Una catena assistenziale ininterrotta che segue il soggetto con bisogno di salute, dalla prevenzione, alla diagnosi, alla fase di convalescenza e riabilitazione.

Occorre superare la logica di una "sanità di prestazione", che interviene solo nella fase acuta della patologia, in favore di una presa in carico della persona a tutto tondo. Per poter operare in tal senso, però, necessitiamo di un maggiore coinvolgimento all'interno del processo

revisionale della Legge 23/2015. Riteniamo che la legislazione, già provvista di aperture in questo senso, possa registrare il nostro apporto in modo ancora più chiaro, articolato e specifico. Anche alla luce di questi mesi difficili che hanno messo in evidenza ogni possibile crepa all'interno del nostro sistema e hanno rilevato, di contro, la strada da seguire per rafforzarlo, vorremmo venisse valorizzato l'apporto di tutti i professionisti che hanno garantito continuità di servizio o sospeso l'attività lavorativa, agendo sempre con coraggio e responsabilità.

Monica Vangi
Segreteria CGIL Lombardia

Abbiamo già formalizzato all'Assessore al Welfare di Regione Lombardia come CGIL – CISL- UIL Lombardia congiuntamente alle Categorie della Funzione Pubblica e dei Pensionati la nostra proposta per la revisione della legge 23.

Il documento sindacale unitario si concentra su alcune criticità già presenti e già segnalate che la fase pandemica ha evidenziato maggiormente ovvero: la mancata integrazione fra sanità, socio sanitario con il sociale, la debolezza dei dipartimenti di prevenzione, il rapporto pubblico-privato e il mancato sviluppo della medicina territoriale. Nel documento recepiamo le indicazioni di Agenas che esprime la necessità di un adeguamento alla normativa nazionale.

Nel merito abbiamo posto l'attenzione alcuni temi tra i quali quello della governance esprimendo la necessità di ricondurre a un unico assessorato regionale le politiche sanitarie, sociosanitarie territoriali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari) con le politiche sociali a prevalente impatto sanitario e socio sanitario anche alla luce della mancanza di comunicazione a livello regionale fra assessorati che purtroppo produce atti e provvedimenti non allineati. Rispetto allo sviluppo della rete territoriale, riteniamo si debba riaffermare il ruolo di regia del Distretto, dopo che negli anni è stato depotenziato.

Il Distretto rappresenta il luogo in grado di realizzare un'effettiva integrazione fra professionisti e istituzioni, fra sociale, sanità e socio sanitario oltre che di erogazione in luoghi facilmente individuabili da parte dei cittadini e di prossimità.

In ambito territoriale e distrettuale la programmazione potrebbe tradursi nella definizione di Piani di Salute distrettuale triennali con la partecipazione dei Comuni.

Il ruolo dei Comuni e della Conferenza dei Sindaci del Distretto non può avere solo valore consultivo ma deve essere determinante ai fini dell'approvazione ed attuazione del Piano.

Negli atti di programmazione sanitaria e nell'ottica dell'implementazione dei servizi crediamo sia necessario valorizzare il ruolo dei principali attori fra cui i medici di medicina generale e i Pediatri di Libera scelta, le farmacie e gli infermieri di comunità.

L'implementazione e la realizzazione di una reale presa in carico e di una effettiva continuità di cura ospedale/territorio necessita dello sviluppo delle centrali operative territoriali con le seguenti caratteristiche: punti unici di accesso, l'integrazione dei percorsi e delle informazioni e il coordinamento professionale.

Altro punto che proponiamo di rivedere è il sistema di accreditamento pubblico-privato sulla base della programmazione e nell'ottica dell'integrazione e non di sostituzione (a cui abbiamo assistito in questi anni), meccanismo che riteniamo necessario applicare anche all'ambito sociosanitario: domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Per tutto questo servono risorse, che potranno arrivare sia dall'ambito nazionale che da quello europeo ma anche dalla Regione che dovranno essere finalizzate e gestite al meglio.

Fondamentale sarà il piano di assunzioni del personale, senza i professionisti necessari nessuna riforma può reggere esattamente come servono investimenti sulla formazione.

L'auspicio è che la revisione del SSR rappresenti una straordinaria occasione per un reale cambiamento culturale così come indicato dal titolo dell'iniziativa di oggi: dalla sanità alla promozione della Salute.

Sessione 2

L'integrazione come chiave di volta per la costruzione dei sistemi locali: il welfare di comunità

Federica Bernardi
Vice Presidente Anci Lombardia

A fronte di una riforma del sistema sociosanitario lombardo importante, ma non pienamente attuata, la revisione della Legge 23/2015 si deve porre come obiettivo di realizzare una vera integrazione delle diverse istanze afferenti alla materia, attraverso una coprogettazione che parta dal basso e che deve essere messa a sistema con un nuovo metodo di circolarità.

In tal senso, la collaborazione che in questi anni si è sviluppata tra il variegato contesto del volontariato, del Terzo settore e dei rappresentanti del welfare locale, ha permesso di definire un orizzonte comune capace di contribuire all'elaborazione di proposte progettuali e operative da condividere con il legislatore regionale.

Il coinvolgimento di queste singole rappresentanze all'interno del confronto promosso da Anci Lombardia parte dall'esperienza e del lavoro svolto da ciascun soggetto sul territorio con l'obiettivo di fornire servizi di qualità e consente di mettere al centro la persona e i suoi bisogni per delineare un percorso di riforma concreto e legato alle effettive caratteristiche, potenzialità e criticità locali.

La partecipazione di tutti i soggetti che fanno parte della comunità e, soprattutto, la condivisione dei medesimi obiettivi di sviluppo della comunità stessa (governance di corresponsabilità) può infatti consentire il raggiungimento del miglior risultato possibile.

Flavio Polano

**Presidente Assemblea dei Sindaci e Consiglio di Rappresentanza
ATS Brianza**

Il documento di lavoro stilato da Anci Lombardia sintetizza efficacemente e chiaramente le debolezze dell'impianto della legge 23 e fornisce chiare e precise prospettive su cosa andare a cambiare (le prospettive) e come (il metodo).

Sul tema dell'integrazione socio sanitaria mi permetto di fare alcune sottolineature.

È uno dei principi cardine della riforma sanitaria contenuta nella legge 23, ma è stato insufficientemente, molto insufficientemente agito. Il sistema regionale è infatti caratterizzato da una distanza tra le norme di principio e gli orientamenti culturali (nella legge si dichiara voler mettere al centro la persona e i bisogni) e la lettura del contesto, con l'insieme di procedure, vincoli, frammentazioni e processi burocratici che rendono davvero difficile la concretizzazione di risposte adeguate ed efficaci a tali bisogni.

I bisogni e le richieste di aiuto sono diversificati e mutevoli nel tempo (lo sappiamo), alla rete dei servizi territoriali è richiesto di dare risposte flessibili per accompagnare l'evoluzione del bisogno (cura, sostegno, farmaco ...) che deve intersecarsi con i cosiddetti bisogni immateriali (sicurezza, affidamento, relazione) ma che purtroppo si scontrano con norme attuative caratterizzate da un approccio di tipo sanitario e secondo logiche di controllo. Oggi la dinamicità e l'evoluzione anche veloce dei bisogni impongono una capacità delle organizzazioni sociali e sanitarie di rinnovarsi e innovarsi.

La difficoltà di dare corso all'integrazione socio sanitaria parte da una contraddizione di fondo: la persona è vista come paziente/utente portatore di un bisogno che si traduce in una categorizzazione a cui si risponde con una prestazione professionale (fatto tecnico). Al contrario la persona è espressione di bisogni molteplici di cura ma

Il documento di lavoro stilato da Anci Lombardia sintetizza efficacemente e chiaramente le debolezze dell'impianto della legge 23 e fornisce chiare e precise prospettive su cosa andare a cambiare (le prospettive) e come (il metodo).

Sul tema dell'integrazione socio sanitaria mi permetto di fare alcune sottolineature.

È uno dei principi cardine della riforma sanitaria contenuta nella legge 23, ma è stato insufficientemente, molto insufficientemente agito. Il sistema regionale è infatti caratterizzato da una distanza tra le norme di principio e gli orientamenti culturali (nella legge si dichiara voler mettere al centro la persona e i bisogni) e la lettura del contesto, con l'insieme di procedure, vincoli, frammentazioni e processi burocratici che rendono davvero difficile la concretizzazione di risposte adeguate ed efficaci a tali bisogni.

I bisogni e le richieste di aiuto sono diversificati e mutevoli nel tempo (lo sappiamo), alla rete dei servizi territoriali è richiesto di dare risposte flessibili per accompagnare l'evoluzione del bisogno (cura, sostegno, farmaco ...) che deve intersecarsi con i cosiddetti bisogni immateriali (sicurezza, affidamento, relazione) ma che purtroppo si scontrano con norme attuative caratterizzate da un approccio di tipo sanitario e secondo logiche di controllo. Oggi la dinamicità e l'evoluzione anche veloce dei bisogni impongono una capacità delle organizzazioni sociali e sanitarie di rinnovarsi e innovarsi.

La difficoltà di dare corso all'integrazione socio sanitaria parte da una contraddizione di fondo: la persona è vista come paziente/utente portatore di un bisogno che si traduce in una categorizzazione a cui si risponde con una prestazione professionale (fatto tecnico). Al contrario la persona è espressione di bisogni molteplici di cura ma anche di relazione, di accompagnamento, di accudimento.

Per superare questa dicotomia culturale non è sufficiente pensare alla integrazione solo in termini di competenze e alla multidimensionalità, occorre che anche sul piano istituzionale sia data forma ai luoghi e ai momenti dell'integrazione.

In rapida successione alcune proposte:

INTEGRAZIONE A LIVELLO REGIONALE

I provvedimenti regionali, dalle regole alle DGR, sono assunti da Regione con un coinvolgimento marginale di Anci. Bisognerebbe

stabilmente creare gruppi di lavoro ristretti ma attentamente integrati per competenze istituzionali e ruoli professionali sui diversi filoni: politiche per la famiglia, politiche per il sostegno alla disabilità, politiche di sostegno alla non autosufficienza, politiche per la salute mentale, ecc. Una maggior collaborazione faciliterebbe i processi di integrazione sui territori.

INTEGRAZIONE A LIVELLO LOCALE

La programmazione zonale, che secondo le linee guida regionale, deve attenersi al principio della ricomposizione, è resa difficile dalla frammentarietà dei provvedimenti regionali e dai vincoli di utilizzo. Ai territori quindi è stato sottratto ogni potere di utilizzo maggiormente congruente con i bisogni rilevati e che possono variare da territorio a territorio. Bisogna andare nella direzione di disporre di un “fondo indistinto” che valorizzi la capacità programmatoria dei territori e li renda pienamente responsabili delle scelte compiute. Anche qui la presenza per es. di Tavoli istituzionali per l'integrazione socio sanitaria a livello distrettuale con funzione di cabina di regia, rappresenterebbe un adeguato luogo di ricomposizione delle programmazioni e delle linee di lavoro dei diversi soggetti e professionalità coinvolte. Sempre sui territori ritengo utile l'avvio di protocolli operativi nelle diverse aree (salute mentale, disabilità, ecc.) per sviluppare interventi integrati e sperimentali. Esperienze che in alcuni territori lombardi sono state positivamente agite.

PRESST E POT

Rappresentano una delle principali attuazioni concrete del principio di integrazione; sono un luogo fisico dove il cittadino può trovare risposte ai propri bisogni complessi. Peccato che Regione non ha messo le risorse per farli avviare nè tantomeno si è investito nella definizione di modelli di riferimento.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Rappresenta un elemento fondamentale per l'integrazione intesa come presa in carico integrata. Averla incardinata in capo ai soggetti erogatori ne limita la capacità di leggere il bisogno e conseguentemente fa venir meno il presupposto di creare sinergia tra i diversi servizi. Ancora una volta è il cittadino che deve farsi

carico di mettere insieme i servizi (quando e se, ne ha la capacità). Va ricondotta in capo alle ATS con un ruolo fondamentale dei Comuni per quanto concerne la parte sociale.

Concludo rappresentando che il bellissimo principio della legge 23 “passare dalla cura al prendersi cura” non può avvenire senza una reale integrazione tra servizi (vedasi le considerazioni testè esposte) e in questi cinque anni è stato poco agito. L’unico investimento regionale è avvenuto sulla presa in carico delle cronicità pur evidenziando che è prevalso nuovamente il focus sulla dimensione sanitaria. La componente sociale deve essere parte integrante del processo ma il suo coinvolgimento deve avvenire a monte nella definizione del bisogno e nella stesura del PAI e non a valle (come viene agito) con la richiesta di erogazione del servizio di competenza.

La strada in questi anni sul tema dell’integrazione socio sanitaria, ma non solo, dai Comuni è stata ampiamente tracciata. I comuni lo dico da Sindaco sono pronti (a onor del vero lo sono sempre stati) ad assumersi il pezzo di responsabilità che gli compete, negli anni hanno dimostrato mettendo a disposizione anche risorse. Ora bisogna capire la reale volontà politica della Regione di accogliere questi suggerimenti, queste proposte, e tradurle in provvedimenti che vadano nella direzione di rispondere ai bisogni della collettività.

Valeria Negrini
Portavoce Forum Terzo Settore Lombardia

Un cambio di paradigma è prima che una modifica organizzativa un cambio culturale e di visione: significa chiedersi cosa possiamo fare insieme per far vivere meglio le persone e non solo come possiamo curare meglio le malattie. C'è la necessità di inserire il percorso riformatore partendo da una adeguata programmazione che tenga conto dei dati demografici, delle diversità dei territori per equilibrare l'offerta dei servizi con la domanda reale, delle indispensabili connessioni tra il sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. Nelle Legge 23 non c'è spazio per il Terzo Settore, se non come mero erogatore di servizi. Ma associazioni, fondazioni, cooperative sociali sono parte dell'eccellenza lombarda; hanno maturato negli anni esperienza e competenza, hanno una presenza capillare sul territorio, hanno sviluppato capacità di innovazione nel sapere adeguare le risposte sia alla fragilità che alla cronicità, costruendo dal basso risposte flessibili capaci di rispondere a bisogni che mutano velocemente e che i rigidi sistemi di accreditamento non riescono più a soddisfare perché costruiti su una lettura demografica e dei bisogni oramai superata. Anche sul tema della non autosufficienza, che oggi rappresenta una sfida epocale per le politiche sociali e sanitarie, un modello, quale quello lombardo, che legge sotto un'ottica prevalentemente sanitaria i problemi e ha quindi portato a scambiare le politiche rivolte agli anziani non autosufficienti con quelle per i cronici, c'è bisogno di un approccio capace di costruire un vero sistema integrato per chi vive in condizioni di fragilità. Accanto ad una lettura e riposta multidimensionale e multiprofessionale, vanno costruite e valorizzate là dove già presenti, le reti di appoggio, supporto, vicinanza capaci di promuovere condizioni di benessere e di inclusione sociale della persona, della famiglia e della

comunità, capaci anche di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche, sociali, abitative e culturali. Anche sotto questo aspetto il ruolo del Terzo Settore va riconosciuto, anche per la capacità dimostrata di saper attingere a risorse altre da quelle pubbliche, a partire da quelle messe a disposizione dalle fondazioni comunitarie o di origine bancaria. Per questo è necessario che Regione Lombardia strutturi un percorso partecipato di confronto; un confronto non generico, ma puntuale e continuativo che consenta di leggere le potenzialità e criticità dell'attuale sistema e sappia guardare alle tante sperimentazioni nate e sviluppate dal basso nella direzione di ricomporre la frammentazione e favorire l'integrazione.

Monica Villa
Vice Direttore Area Servizi alla Persona Fondazione Cariplo

L'esperienza di Fondazione Cariplo è consolidata. A partire dal 2014 abbiamo avviato un bando per innovare sistemi di servizi territoriali, incentivando l'innovazione dal basso in modo che i cittadini fossero attori in grado di proporre soluzioni. Abbiamo cercato nuove modalità di risposta lasciando che fossero i territori a individuarle, attraverso lo sviluppo di 37 progetti per 36 milioni di euro. Interventi molto importanti che permettessero di ripensare le modalità di risposta con il coinvolgimento di 350 associazioni pubbliche o private. Abbiamo chiesto di lavorare in ambiti territoriali e abbiamo visto una grande capacità di risposta, di ricomporre e costruire momenti di coprogettazione. Non è stato un lavoro semplice, il cambiamento di paradigmi richiede certamente tempi lunghi, ma abbiamo fatto in modo che fossero i territori promotori di innovazione. Certo il welfare di comunità richiede risorse, è necessario investire.

Mirella Silvani
Presidente Ordine Assistenti Sociali Lombardia

Il nostro Ordine ritiene prioritario il tema dell'integrazione dei servizi sociosanitari e per questo ci sentiamo impegnati ad aprire il confronto e a dare il nostro contributo. L'ordine degli assistenti sociali conta circa 5400 professionisti, 2000 circa impegnati negli enti locali, 900 in sanità, 2000 nel Terzo settore e nelle altre articolazioni del sistema. Una professionalità presente nei diversi enti e organizzazioni che compongono il complesso sistema regionale, spesso impegnata nei servizi più prossimi ai bisogni dei cittadini, attenta a porre al centro del proprio intervento la persona. L'Ordine regionale ha giudicato positivamente i principi della legge 23, che di fatto hanno però trovato difficoltà nell'attuazione, soprattutto per ciò che riguarda la dimensione territoriale e i percorsi di continuità tra ospedale e domicilio. La valutazione multidimensionale, il progetto individuale che attraverso il budget di cura sostenga in modo integrato le fragilità delle persone, richiedono necessariamente il potenziamento del Servizio Sociale professionale all'interno del sistema sanitario e sociosanitario e, contemporaneamente, percorsi e processi condivisi con il Servizio Sociale comunale. Nell'attuale fase di importante revisione dell'intero impianto dei servizi, stressati dall'emergenza sanitaria e sociale, questo convegno rappresenta un'occasione unica per un confronto su come rafforzare i punti cardine della legge e come colmarne gli aspetti critici.

Luca Verri

Responsabile Ufficio di Piano Ambito Territoriale di Sondrio

Ringrazio Anci Lombardia per questa opportunità che mi permette di condividere alcune riflessioni intorno al tema centrale della promozione della Salute a partire dall'esperienza professionale in ufficio di piano medio piccolo all'interno in un contesto di montagna.

Montagna e servizio sociale, due dimensioni a cui sono profondamente legato.

Un'occasione anche per guardare le cose da una diversa prospettiva, dalla periferia, per attraversare le parole chiave di questa sessione di lavoro: Welfare di comunità, integrazione e sistema locale.

Qualche dato di contesto. In provincia di Sondrio la gestione associata dei servizi sociali ha una lunga storia che nasce da una necessità: i Comuni sono piccoli, arroccati nella propria identità, diversi dal vicino, ma soprattutto troppo piccoli per fare da soli. Per questo hanno fin da subito colto l'opportunità di associarsi per gestire i servizi sociali.

Ma associarsi non significa delegare. Significa condividere responsabilità, risorse e strategie.

In altre parole allearsi per fronteggiare problemi comuni, ed è questa una direzione che abbiamo cercato di perseguire con tenacia.

In questi anni l'ufficio di Piano di Sondrio, come tanti altri, ha accolto qualche occasione per stare al passo coi tempi, per innovare i servizi, con i piedi ben piantati nel contesto, uno sguardo fuori dai propri confini ed un'attenzione particolare alla comunità e all'integrazione.

Faccio qualche esempio:

- organizzare la tutela minori integrando funzioni sociali e sanitarie prendendo spunto da un modello anglosassone di intervento con le famiglie, l'approccio di terapia multifamiliare, a cui si sono aggiunte sperimentazioni ai confini delle competenze attribuite (home care visiting-

interventi di gruppo con genitori);

- costruire un terreno di condivisione tra servizi sociali e scuola grazie alla partecipazione al Programma Nazionale PIPPI (un esempio di comunità di pratiche);
- sperimentare nuovi servizi di housing sociale collaborando con altri uffici di piano e col sostegno di fondazione Cariplo per poi proiettarsi in un grande progetto di rigenerazione urbana sul bando periferie;
- affrontare in modo nuovo l'aumento della povertà, della vulnerabilità e delle disuguaglianze sociali grazie ancora a Cariplo partecipando al bando Welfare in Azione.

Cosa ci dicono questi esempi, queste strategie rispetto alle grandi questioni di cui stiamo trattando è che sono nel titolo di questa sessione di lavoro?

Il Welfare di comunità attraversa queste esperienze perché in tutte o quasi sono evidenti alcuni principi fondanti di questo paradigma:

- il coinvolgimento attivo dei destinatari e degli attori in gioco;
- l'alleanza pubblico-privato;
- la governance partecipata;
- il radicamento delle strategie nel contesto locale;
- la costruzione di reti articolate e solide.

Ciò che mi ha colpito ripensando a queste esperienze è il fatto che, con la sola eccezione per la tutela minori, la presenza dei servizi sanitari e socio sanitari è stata debole. In queste esperienze è come se sia stato possibile praticare con successo e più facilmente i principi dello sviluppo di comunità entro un perimetro prettamente sociale. In generale mi pare che, più dei Comuni, i soggetti che si occupano di sanità, ospedaliera e territoriale, sembrano aver smarrito il contatto con la comunità, con il territorio, con la declinazione locale dei problemi.

Apparentemente diversa sembra la questione dell'integrazione, in particolare dell'integrazione tra comparto sociale e socio-sanitario. Il nostro contesto è piccolo, i contatti sono subito personali, le distanze sono brevi e con un po' di buona volontà tra le parti collaborare è più facile che in un contesto metropolitano. Il nostro livello di collaborazione con i servizi di salute mentale, con i servizi per le tossicodipendenze o con i consultori è buono, in alcuni casi eccellente. Ma integrazione non è sinonimo di collaborazione.

“Ma ci siamo veramente integrati con i servizi socio-sanitari?”

“In quali casi abbiamo condiviso risorse competenze e strategie?”

“Quando abbiamo integrato servizi, operatori, risorse?”

Penso sia accaduto raramente, in modo fragile e discontinuo, tanto che la pandemia, a dimostrazione che non eravamo sufficientemente integrati, ha messo in crisi le collaborazioni esistenti. A differenza delle esperienze consolidate nel perimetro del Welfare di comunità di fronte alla crisi sanitaria, le collaborazioni si sono sfilacciate.

È stata una debolezza del nostro contesto, è una fragilità delle aree periferiche? Non credo. Se oggi siamo qui a parlarne il problema è probabilmente più diffuso.

Veniamo ora ad alcune riflessioni sul sistema locale.

Prima di tutto dobbiamo riconoscere dove sono i buchi neri, dobbiamo spostare il fascio di luce sulle zone d'ombra, quelle che non guardiamo abitualmente.

Per questo credo sia utile richiamare alcuni principi di base:

- i problemi sociali e di salute riguardano sempre tutta la collettività, tendiamo invece ad attribuire questi problemi alle specifiche condizioni e caratteristiche del singolo, perdiamo un sacco di tempo a definire i requisiti di accesso, a distinguere per categorie (pensate ad esempio alla separazione tra gravi e gravissimi disabili nelle misure B1 e B2).
- I problemi sociali e di salute sono tra loro intrecciati ed interdipendenti. La pandemia ci pone allo stesso tempo di fronte a problemi sanitari, sociali ed economici. Solo con il contributo e il dialogo di tutte le parti usciremo dall'emergenza.
- L'intensità dei problemi sociali e di salute dipende dalla concorrenza di più fattori. La pericolosità del Covid non dipende solo dalla capacità di diffusione del virus e della sua letalità ma anche dalla capacità di reagire della comunità, dalla sua resilienza, dalla capacità dei cittadini di comprendere quanto si è parte del problema.

Dipende anche dalla capacità del sistema locale di attivare tutte le sue risorse, di far leva sulla cooperazione tra le diverse parti (cittadini, associazioni istituzioni, enti economici ...), dalla capacità di tenuta delle infrastrutture di protezione sociali e sanitarie. La qualità del funzionamento di queste infrastrutture dipende in larga parte da ciò che si è costruito a livello locale, dall'articolazione e dalla diffusione territoriale dei presidi, dalla quantità e qualità

delle risorse professionali, dall'allenamento dei sistemi alla cooperazione, alla co-progettazione. La co-progettazione, questo termine tanto di moda, perché sia efficace richiede la sperimentazione di una governance partecipata, diffusa, non verticistica o centralizzata ma collegiale.

Si tratta quindi di riguardare le esperienze di questi mesi provando a praticare questi principi, investendo energie risorse per un'alleanza strategica tra enti pubblici ai diversi livelli, prendendo anche spunto da esempi virtuosi, da pratiche esistenti e consolidate come le esperienze di governare che gli enti locali hanno fatto con il terzo settore nell'ambito dei progetti finanziati dal bando Welfare in azione.

Pierluigi Rancati **Segretario Regionale CISL Lombardia**

Ringrazio Anci Lombardia per questo invito a intervenire su un tema di salute tra i più urgenti seppure anche tra i più ricorrenti nella narrazione istituzionale e nel dibattito pubblico: tema molto raccontato ma assai poco vissuto, benché non manchino storie ed esperienze che ne confermano la validità.

Talvolta, prima dell'emergenza COVID-19 spesso, il tema dell'integrazione tra molteplici attori in un'ottica di welfare di comunità è sembrato potesse essere il modo per sostituire l'azione pubblica e compensare il suo progressivo disimpegno nel welfare, in un'epoca segnata dal sottofinanziamento e definanziamento della spesa sociale. L'arretramento del welfare pubblico ha costretto e costringe le famiglie ad assumere gravosi compiti assistenziali e ad inventarsi soluzioni di fronte ad una carenza di risposte ai propri bisogni di natura socio-sanitaria ed assistenziale.

Si guarda al welfare di comunità come soluzione per fronteggiare le sfide derivanti sia dalla perdurante necessità di una più stringente disciplina di bilancio a cui è vincolato il sistema pubblico – prima a causa della lunga fase di crisi economica e poi da quello che sarà la fase successiva all'emergenza pandemica –, sia dallo squilibrio tra domanda e offerta di cura rispetto ai determinanti epidemiologici, demografici e sociali che accrescono un bisogno di assistenza complessa e continuativa per una popolazione maggiormente anziana e in progressiva espansione.

Lo sviluppo di un welfare di comunità è una transizione virtuosa che dobbiamo realizzare; tuttavia, tanto la crisi epidemiologica e sanitaria dell'ultimo anno a causa dell'epidemia da COVID-19, quanto quella in atto da tempo causata dalla diffusione in un'ampia parte della popolazione delle malattie croniche non trasmissibili

ripropongono una ineludibile centralità del playmaker pubblico.

L'idea che il pubblico tenga per se il governo e le regole d'ingaggio, mentre l'attività erogativa possa essere di tutti, sia pure di tutti i soggetti che hanno i requisiti prestabiliti per l'autorizzazione e l'accreditamento, richiede un qualche aggiustamento, per due ordini di motivi: questa impostazione ha spinto il sistema in una mera logica della prestazione e della massima valorizzazione attorno ai DRG, spostando il baricentro dell'assistenza sempre più sulla cura della malattia in fase acuta e l'ospedalizzazione; il secondo motivo attiene al fatto che la promozione della salute esige lo sviluppo di percorsi integrati e di medicina d'iniziativa per prevenire l'impatto di fattori di rischio e costruire un invecchiamento attivo e con un ridotto carico di malattia e disabilità.

Per fare questo bisogna mettere in atto una transizione dell'asse assistenziale verso il territorio del nostro sistema sociosanitario e dell'assistenza di prossimità, capace di realizzare un'effettiva integrazione fra professionisti, istituzioni e terzo settore, fra sociale, sanità e socio-sanitario.

Nel dibattito pubblico spesso ognuno degli attori del sistema salute interviene affermando la propria indispensabilità, ma si dovrebbe tutti realizzare un'alleanza per imprimere al sistema il cambiamento necessario.

Serve un ordito diverso del sistema salute, capace di un'integrazione orizzontale dei processi, delle risorse, delle competenze e delle responsabilità per attuare il passaggio da un servizio sanitario centrato sulla cura ospedaliera della malattia in fase acuta, alla presa in carico della persona. Servono reti diagnostico-assistenziali lungo la dimensione verticale per la gestione di problemi di salute che richiedono attività diagnostiche o specialistiche, e servono reti di tutela della salute lungo la dimensione orizzontale, capaci di risposte differenziate nell'ambiente socioculturale in cui la persona vive.

Si è giustamente osservato da alcuni che l'integrazione tra servizi socio-sanitari non è una soluzione tecnica per migliorare tempestività di intervento, appropriatezza ed economie gestionali: è più di ogni altra cosa una esigenza che rimanda a una diversa concezione della persona. In un'ottica di promozione della salute e di prevenzione la persona non può essere solo il destinatario passivo dell'atto medico o assistenziale, oltre alla continuità delle

cure è necessaria anche la partecipazione di paziente e famiglia nel percorso di cura.

Dopodiché, ed è un secondo tema che voglio evidenziare, c'è un problema di cultura dell'integrazione, stante una irrisolta attitudine ospedalocentrica del sistema. È un problema che bisogna affrontare, anzitutto, agendo sulla formazione delle professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per avere un'organizzazione socio-sanitaria capace di assistere la persona nel "posto giusto" in relazione ai suoi bisogni di salute, con un'articolazione di setting assistenziali per intensità di cura e modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria. È necessario portare l'eccellenza sul territorio, integrando nei percorsi di carriera, la formazione professionale territoriale, valorizzando all'interno delle iniziative formative e delle attività di ricerca la componente di prossimità domiciliare, generando un nuovo interesse da parte dei migliori professionisti e una nuova vivacità di formazione, studio ed evoluzione di modelli organizzativi nell'assistenza di prossimità.

L'ultimo tema che voglio citare, è l'indispensabilità di un "Distretto funzionalmente forte", per i profili organizzativi e gestionali, e per uno svolgimento facilitato delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali di un determinato ambito territoriale, in cui la persona e la famiglia non siano lasciate sole nel groviglio e nella frammentarietà delle prestazioni. Serve anche una "fisicità" dell'organizzazione perché sia di facile riconoscibilità e accessibilità per le persone, uno spazio fisico e pubblico, un punto di incontro tra domanda di salute ed offerta di cure e assistenza: una qualche dialettica forma-contenuto è necessaria. Serve la presenza del Distretto come luogo della programmazione integrata delle attività sanitarie e socio-assistenziali, e della presa in carico dei pazienti cronici; il Distretto come luogo della promozione della prevenzione, luogo della partecipazione della persona agli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati. Senza una riorganizzazione dei Distretti non potrà esserci una sanità territoriale adeguata alle problematiche della fragilità, dell'integrazione sociosanitaria e della continuità di cura.

Sessione 3

Nuove relazioni istituzionali: il nodo della rappresentanza e del ruolo dei Comuni nei Sistemi Sociosanitari

Yuri Santagostino
Vice Presidente Anci Lombardia

In un momento storico in cui vi è massima condivisione su un ritorno alla sanità territoriale, la rappresentanza e il ruolo dei Comuni assumono una funzione strategica all'interno del sistema.

La legge 23 ha ridotto in parte questo ruolo, all'interno di ATS che rappresentano territori molto grandi le Conferenze dei sindaci rischiano di essere meri passaggi formali. Lo stesso discorso vale per le Assemblee dei sindaci delle ASST dove il confronto si deve più alla disponibilità dei direttori che a una organizzazione strutturata per coinvolgere i territori.

Per tutti questi motivi il ruolo degli Enti locali deve essere valorizzato introducendo l'obbligo di pareri rispetto alla programmazione territoriale e alcuni ambiti in cui i sindaci possano esprimere pareri vincolati. Solo così i Sindaci saranno in grado di svolgere un ruolo di rappresentanza vera del proprio territorio.

Gianni Rossoni

Presidente Consiglio delle Autonomie Locali della Lombardia

1. PREMESSA

L'emergenza sanitaria ha investito il mondo e l'Italia, testando la resistenza dei cittadini e delle istituzioni. All'interno di questo quadro ha messo profondamente alla prova anche gli enti locali e, va riconosciuto, i Comuni hanno saputo reagire nel massimo delle proprie possibilità, forzano bilanci, riorganizzando i servizi, arrivando reti di prossimità, raggiungendo tutte le situazioni di bisogno.

Del resto i Comuni, che sono gli enti di prossimità dei cittadini, sono per i principi stabiliti dalla costituzione (competenza amministrativa generale di base e principio di sussidiarietà) i soggetti politici più adeguati per la materia assistenziale, come sancì un ventennio fa la legge generale sull'assistenza n. 328/2000, e sono i destinatari di specifiche attribuzioni previste dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, n. 883/1978: da cui deriva il potere d'ordinanza nell'emergenza (art. 32), condiviso con lo Stato e le Regioni. Rivestono infatti un ruolo centrale nell'ordinamento.

Da alcuni vengono considerati uno dei fondamenti naturali della società, perché rappresentano le comunità. Per questo stesso motivo, nel loro operato, non agiscono in maniera isolata ma nel rapporto con i soggetti ivi si trovano. Ciò è apparso evidente nell'emergenza. I Comuni hanno operato fornendo aiuti e servizi fondamentali ai cittadini, avvalendosi dell'apporto di imprese, degli enti di terzo settore, delle associazioni sindacali e di categoria, nonché degli altri enti locali, dai Comuni alle Province. Si tratta dell'espressione della naturale capacità di resilienza degli enti di prossimità che nell'emergenza hanno mostrato la propria forza attivandosi.

Tuttavia, in questa sede, è necessaria un'analisi lucida e razionale delle vicende, che superi lo sguardo breve del prossimo provvedimento ministeriale e inquadri limiti

e virtù del rapporto tra gli enti locali e il nostro sistema socio-sanitario. Occorre discutere degli obiettivi di un intervento di riforma., ormai necessario.

2. OBIETTIVO: L'INTEGRAZIONE TRA SOCIO-SANITARIO E SOCIALE

L'estrema pressione dell'emergenza ha svelato la necessità del miglioramento degli strumenti di governance del sistema socio-sanitario. Integrato con l'ambito sociale che resta di stretta spettanza comunale. In questi mesi, nel predisporre piani necessari (per l'emergenza, per li aiuti ai cittadini, per la vaccinazione sia antinfluenzale che antiCOVID) non si è potuto ignorare il ruolo primario del Comune nell'ambito sociale. Sono numerosi gli esempi in questi mesi: primi tra tutti gli aiuti alle famiglie, come per il caso dei buoni spesa, e per la Lombardia: la disponibilità dei Comuni per quanto è stato richiesto per la vaccinazione antinfluenzale. Si può immaginare che ugualmente avverrà nei prossimi con l'infittirsi del programma di vaccinazione antiCOVID, sarà richiesta la piena disponibilità degli enti locali per il supporto ove necessario.

Le azioni di prevenzione appaiono un chiaro esempio di come le misure sanitarie necessitino di un coordinamento stringente con i territori in cui debbono essere emesse in atto, in particolar modo con il complesso sistema socio-sanitario e con quello sociale.

Sopperire ai deficit dei servizi sanitari territoriali è stata anche una delle esigenze dello Stato e delle Regioni in questi mesi: si vedano le USCA e la previsione degli infermieri di comunità.

Va notato come queste iniziative – rese necessarie nell'emergenza - siano la manifestazione delle carenze, degli elementi migliorabili del nostro sistema sanitario regionale. In Lombardia il collegamento tra gli ospedali e i territori e la cura post-acuzie sono stati oggetto della recente e lodevole riforma sulla presa in carico dei soggetti, ma richiedono ancora interventi ed implementazioni.

Rientrano nel più ampio quadro dell'integrazione socio-sanitaria, in particolare nell'assistenza domiciliare e territoriale. Si tratta di ambiti che superano i limiti delle competenze programmatiche dell'ATS e di gestione dell'ASST, così come quelle sociali dei Comuni. Non richiedono infatti compartimentazione, ma integrazione tra i diversi piani di governo. Richiedono un approccio

coordinamento diretto da una visione strategica e integrata del sistema socio-sanitario nelle comunità e dei territori.

3. LA SPERIMENTAZIONE LOMBARDA

Il caso vuole che quest'anno cada il termine della sperimentazione quinquennale della L.R: lombarda 11 agosto 2015, n. 23. Si tratta di un'occasione per ripensare l'organizzazione del sistema sanitario e socio-sanitario regionale alla luce delle evidenze dimostrate nel lungo volgere di questa crisi.

Un aggiornamento o una riforma della l.r. 23/2015 è augurabile anche per un miglior coordinamento con l'indirizzo nazionale. In particolare per la programmazione e la gestione delle risorse che il nuovo PNRR, c.d. recovery fund, prevederà per l'ambito sanitario e socio-sanitario.

4. IL PROBLEMA DELLA RAPPRESENTANZA

Entrando quindi nel merito del contributo utile che il punto di vista che gli enti locali può fornire, è necessario aprire un dibattito attorno al punto focale: la rappresentanza dei Sindaci.

Il complesso sistema di suddivisione/frammentazione della governance socio-sanitaria tra ATS, ASST e distretti ha ostacolato la rappresentanza dei territori, ha marginalizzato il ruolo dei Comuni e separato la cucitura con l'ambito sociale.

Ora, a sei anni dall'inizio della sperimentazione alcune riflessioni risultano necessarie e alcune prime conclusioni possono essere tratte. Recentemente (nel mese di gennaio) è stato pubblicato lo studio di Agenas (elaborato con il supporto della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa) a valutazione della sperimentazione regionale lombarda. senza riprendere qui le complesse analisi sui dati sulle prestazioni del sistema sanitario lombardo, è significativo richiamare una delle conclusioni di questo studio. Viene qui richiesto un maggiore e miglior coinvolgimento dei Sindaci – in rappresentanza dei Comuni. In particolare attraverso i distretti, da istituire quali articolazioni delle ASST, per legare a doppio nodo i servizi sociali e quelli sociosanitari. Lo studio ribadisce infatti la necessità di "istituire i distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci." Si tratta di istanze che da tempo i soggetti rappresentativi degli enti

locali quali Anci Lombardia per la nostra regione, portano avanti. In un documento di proposta per la l.r. 23/2015 Anci infatti chiedeva alla Regione “non “un di più” di competenze amministrative (per i Comuni) che già non siano nella loro disponibilità e responsabilità, ma (...) una tipologia di azione condivisa (ma non confusa) che valga per il benessere dei cittadini che fanno capo, ovviamente, ad entrambe queste istituzioni”.

Ora la sfida è quella di immaginare modelli innovativi di governo in grado di tradurre temi come l'integrazione fra il sanitario, socio-sanitario e sociale appare ancora lontana dall'aver identificato prospettive e risposte convincenti e condivise nel sistema dei servizi sociali territoriali. Ma resta chiaro l'obiettivo del benessere del cittadino, raggiunto, anche, con una migliore integrazione del sistema socio-sanitario e del sociale.

5. IN CONCLUSIONE: STRADE DA SEGUIRE

Tenendo l'orecchio teso alle novità che il recovery fund prevederà, è possibile abbozzare alcuni ambiti nei quali appare necessario un intervento:

A) come già ampiamente esposto: migliorare la governance del sistema socio-sanitario regionale, integrandolo in maniera efficace con i territori coinvolgendo gli enti locali, in particolar modo i sindaci;

B) sviluppare la sanità territoriale implementando il modello degli USCA e cogliendo l'opportunità degli infermieri di comunità;

C) migliorare i servizi territoriali senza inventare nuovi modelli, ma attuando quanto già previsto dalla l.r. 32/2015: istituire nuovi presidi socio-sanitari territoriali (PreSS) e presidi ospedalieri territoriali (POT), creando una rete di servizi diffusa e accessibile ai cittadini.

6. RUOLO DEL CAL

Lo svilupparsi del dibattito e dell'intervento legislativo regionale sul sistema socio-sanitario – ormai dato per scontato e atteso da tutte le parti – sarà necessario riconoscere il contributo che il Consiglio delle Autonomie Locali (CAL) potrà fornire.

Il CAL rappresenta le autonomie a tutto tondo: quindi anche i soggetti del terzo settore e le autonomie funzionali – quali le università. Questa sua peculiarità permette di coinvolgere

nel dibattito un'ampia platea di soggetti che possono fornire attraverso il CAL un contributo competente e significativo al dibattito. Su questo indirizzo si è espresso – ad esempio – anche il Presidente dell'Anzi Lombardia Guerra, in sede di costituzione del nuovo CAL, richiedendo il coinvolgimento e il contributo del CAL nel dibattito sulla riforma socio-sanitaria.

Le formule di coinvolgimento del CAL (e per questo tramite delle autonomie) sono ormai rodiate, ma oltre al modello parere preventivo del CAL.

Si tratterebbe, in tal modo, di introdurre nella nostra materia una sorta intesa forte e intesa debole a seconda delle materie, tra Regioni e autonomie.

Si veda a proposito della analogia qui prospettata l'importante ed innovativa sentenza numero 251 del 2016 della Corte costituzionale, ampiamente commentata dalla dottrina, che descrive un simile modello per il rapporto tra Stato e Regioni.

Ciò permetterebbe di valorizzare il contributo delle autonomie, con una incidenza differente a seconda delle materie, calibrando la scelta sull'importanza del coinvolgimento delle autonomie. Alcune materie, più marginali e differenti rispetto a quella qui oggetto del dibattito, potrebbero essere coperte da un'intesa debole, meno garantista nei confronti delle competenze comunali.

A mero titolo d'esempio, nella materia dell'integrazione socio-sanitaria territoriale potrebbero essere garantite da un'intesa forte: le politiche per la famiglia;

le politiche di sostegno alla disabilità e alla non autosufficienza;

le politiche di presidio della salute sul territorio;

il dimensionamento territoriale degli ambiti di gestione delle politiche sociali;

le linee guida della riorganizzazione territoriale della medicina di base, dell'infermieristica familiare e di ulteriori presidi ponte per le cure post ospedaliere.

Per le intese deboli, invece, oltre alle funzioni già attribuite al CAL, si tratta di individuare ambiti per i quali la giunta o il consiglio regionale intendano coinvolgere il CAL. A titolo esemplificativo, una materia potrebbe essere quella della legge sulla programmazione negoziata, recentemente modificata, e dei suoi regolamenti attuativi.

Massimo Giupponi
Presidente Anci Lombardia Salute e Direttore Generale
ATS Bergamo

Importante sono il dialogo e il rapporto tra chi ha la responsabilità del coordinamento tra le politiche sanitarie e chi ha il compito di tutelare la salute dei cittadini. La frammentazione di soggetti sul territorio richiede la necessità di percorsi di raccordo. Un coordinamento di sensibilità e esigenze che possono essere diverse. È un raccordo non facile anche perché è presente una frammentazione dei ruoli e delle responsabilità che richiede coordinamento e capacità di fare sintesi. Al netto delle possibili revisioni della legge, il lavoro che stiamo portando avanti da anni dimostra che c'è spazio per un lavoro comune per decidere quali sono le azioni prioritarie da portare avanti, che va oltre la fatica del mettere insieme sistemi che sono ritenuti separati. Chiara sul territorio è la rete delle responsabilità tra programmazione ed erogazione anche se alcuni punti critici, nella logica di una collaborazione tra enti locali e sistema sociosanitario, riguardano innanzitutto l'esigenza di riconsegnare agli amministratori la responsabilità di assumere decisioni, di modo da avere chiara la responsabilità, andando oltre l'aspetto tecnico. L'altra problematicità è quella delle gestioni associate, verso le quali le amministrazioni devono inevitabilmente tendere poiché è un percorso necessario. Un aspetto importante per accompagnare la riforma è quello del confronto e della collaborazione poiché ci si deve incontrare e in questo senso il lavoro fatto con Anci Lombardia Salute lo dimostra poiché favorisce il dialogo.

Sara Santagostino
Presidente Conferenza dei Sindaci e Consiglio Rappresentanza
Sezione Metropolitana ATS Milano Città Metropolitana

La capacità degli enti locali nell'ultimo anno di leggere i bisogni all'interno della dinamicità dei nostri territori è stata forte e importante. Se programmare significa avere uno sguardo lungo, ora sarà necessario considerare le strategie che possono essere messe in campo e pertanto è fondamentale il ruolo dei Comuni. Su questo si dovrà discutere e il Consiglio delle autonomie locali sarà luogo di fondamentale confronto. Se si mette la persona al centro della programmazione non si può pensare che la persona trovi servizi diversi a seconda di dove vive, pertanto vanno trovate delle basi condivise affinché la persona sia presa in carico per quello che è. Gli strumenti ci sono, abbiamo dimostrato di essere capaci di modellarci a seconda delle diverse situazioni che si sviluppano nei nostri territori. Se vogliamo realmente creare un welfare di comunità allora dobbiamo essere capaci di entrare nel merito delle decisioni che vengono prese sui diversi territori.

Tiziana Frittelli
Presidente Federsanità Nazionale

La discussione in corso nel contesto lombardo permette di aprire un confronto a livello nazionale nel momento in cui riteniamo che tutto il Servizio sanitario nazionale vada riprogettato all'interno di una visione dove sociale e sanitario siano integrati in una innovazione organizzativa dell'intero sistema dell'assistenza. Federsanità, attraverso la propria rete delle Federsanità Anci regionali, è impegnata da 25 anni sul territorio, nel sostegno all'integrazione sociosanitaria sempre evocata, ma mai attuata fino in fondo. In questi mesi, abbiamo toccato con mano la necessità di fornire, sia ai nuclei familiari sia alle singole persone in quarantena, non soltanto la necessaria assistenza sanitaria, ma anche l'altrettanto necessario supporto di natura sociale. Il modello sociosanitario che costruiremo dovrà quindi partire da questi avanzamenti organizzativi, professionali e istituzionali – ma anche culturali – che hanno contraddistinto le risposte degli attori del sociale e del sanitario all'evento pandemico. Bisogna orientare lo sguardo al concetto di welfare di Comunità. Un sistema a carattere comunitario nel quale produrre salute/benessere diventa un compito anche della società civile e del Terzo settore, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere stesso: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario. Un modello di politica che, soprattutto, si muove per anticipare i bisogni sociosanitari e prevenire le patologie, abbandonando il tradizionale modello "curativo" di attesa della patologia e di erogazione di prestazioni sanitarie. Bisogna rafforzare le strutture assistenziali territoriali, colmando il divario fra le regioni italiane e riequilibrando l'offerta assistenziale alla non autosufficienza, così come supportare lo sviluppo dei servizi per la salute mentale, garantendo percorsi precoci di presa in carico a partire dall'età scolare, attraverso

servizi di supporto psicologico. Infine, tra molte altre necessità di riforma, c'è definire standard di presenza infrastrutturale sulla base di n. abitanti, densità abitativa e caratteristiche orografiche del territorio.

Massimo Lombardo
Direttore Generale ASST Spedali Civili Brescia

Questi lunghi e dolorosi dodici mesi di pandemia ci hanno dato dei messaggi chiave. Abbiamo scoperto la fragilità di un sistema che è sottofinanziato da vent'anni. Al di là dei modelli più o meno validi e attuali c'è una realtà che sta bussando alla porta e ha bisogno di risorse. Il tema non è ospedaliero ma riguarda le risorse che possiamo mettere a disposizione. Nel nostro sistema ci sono molti modelli che funzionano e che possiamo portare ad esempio ma che necessitano di risorse.

Gabriele Cortesi

Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto Bergamo Est

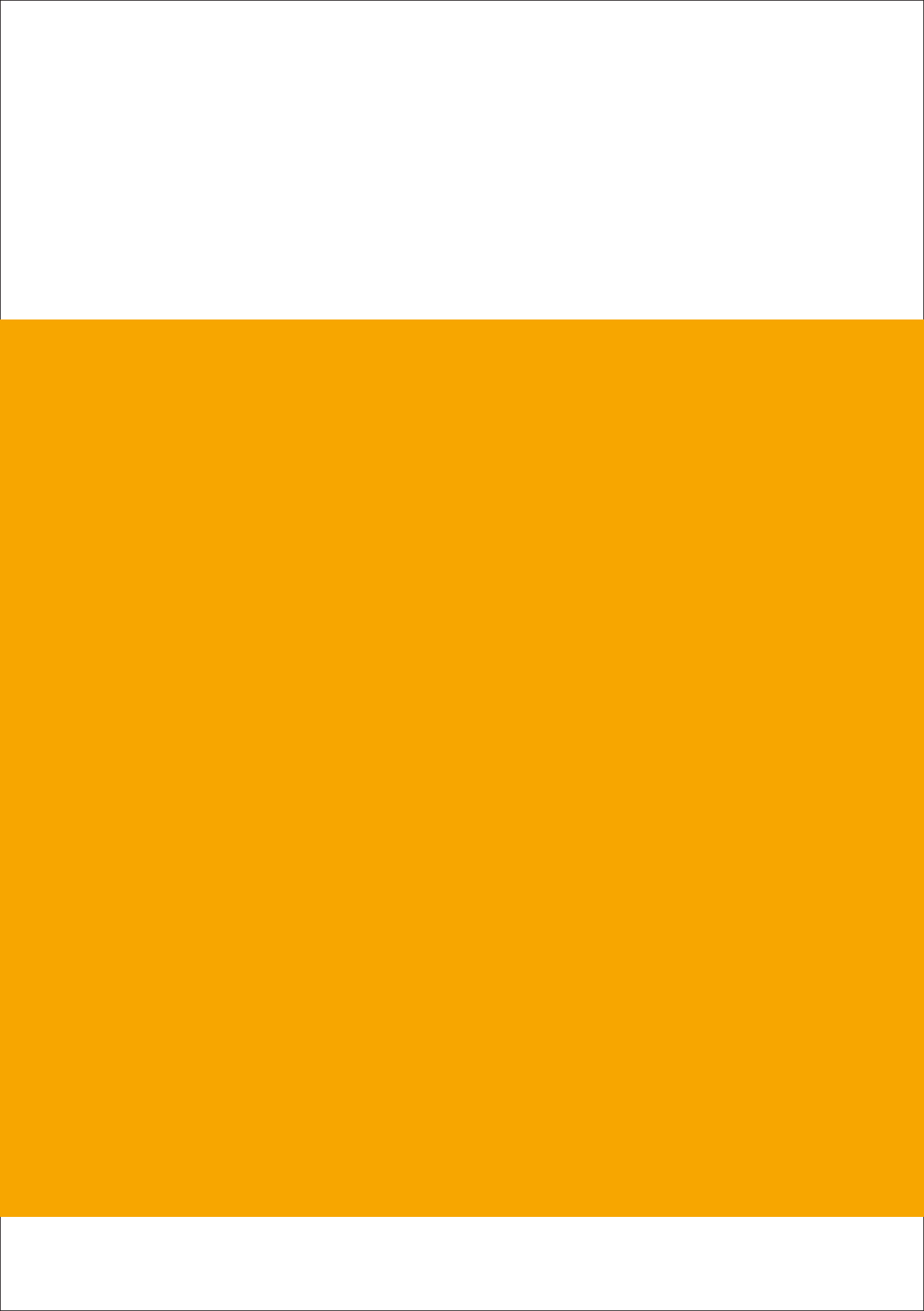
Manca un luogo vero di rappresentanza istituzionale, questo si percepiva anche prima del periodo covid ma ora è ancor più evidente, poiché vi è difficoltà nella interlocuzione istituzionale con i vertici delle ASST.

Vi è inoltre la mancanza di un momento di confronto istituzionale affinché i Comuni possano veramente dire la loro in merito alla mancanza di risposte a livello territoriale, entrando anche nel merito delle scelte di pianificazione ed erogazione territoriale dei servizi.

Altro problema è quello che riguarda i sindaci: spesso riscontriamo una scarsa conoscenza dei livelli di rappresentanza istituzionali sulle tematiche socio-sanitarie, provocando così una debolezza di interlocuzione istituzionale del Presidente della Conferenza dei Sindaci, dei Consigli di Rappresentanza e dei Presidenti delle Assemblee di Distretto. Dobbiamo quindi riuscire ad accrescere tale conoscenza, sottolineando l'importanza strategica di questi ruoli, affinché questi possano agire con la dovuta autorevolezza negli spazi di incontro e di confronto con gli interlocutori istituzionali territoriali del mondo socio-sanitario.

Maurizio Fioretto **Segreteria UIL Lombardia**

Dopo un avvio promettente con obiettivi interessanti la Legge 23 nel tempo ha perso efficacia. La cosa interessante è che, in funzione delle zone dove è stata applicata, la riforma ha avuto risultati e incidenze diverse. In particolare nell'Area Metropolitana Milanese si è visto, macroscopico esempio, come l'applicazione sia stata alquanto sofferta. L'aver attribuito alle Aziende Ospedaliere di grande rilievo nazionale anche le funzioni di organizzazione territoriale ha prodotto nei fatti un distanziamento gestionale – dovuto ad una visione prettamente ospedalocentrica delle Aziende stesse. La crisi generata dal covid si è rivelata un processo favorevole alla trasformazione del sistema perché sono apparsi evidenti tutti i limiti. Il covid ha fornito un'immagine più oggettiva della salute, soprattutto delle persone fragili e della disabilità. È vero che la sanità ha bisogno di interventi di carattere sanitario ma occorre fare altro: serve una sanità che include percorsi nel sociale e dunque con la necessità di avere educatori e psicologi soprattutto nel sistema di supporto familiare. Le persone fragili non hanno solo bisogni sanitari ma deve esserci una tutela delle persone fragili che va garantita. Per avere certezza nei servizi sono necessari dei luoghi fisici ben identificabili, individuabili e raggiungibili da parte della popolazione, un centro nel quale il cittadino trovi soddisfazione delle sue esigenze e dei suoi bisogni.



CONVEGNO DEL 10 FEBBRAIO 2021



