

**OSSERVAZIONI DELL'ASSEMBLEA DEI SINDACI DELL'AMBITO DISTRETTUALE 6.5.
SUL LIBRO VERDE SUL FUTURO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE
"LA VITA SANA NELLA SOCIETA' RESPONSABILE"**

Premessa

Questo documento non vuol essere esaustivo di ogni problematica trattata nel "Libro Verde" e riguardante le questioni sociali e sanitarie nella Regione e nel nostro territorio. Va concepito come un contributo al dibattito relativo ad alcuni punti di indirizzo generale.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito sociale urbano 6.5 esprime apprezzamento per l'innovativa scelta della Giunta regionale di far precedere l'elaborazione del nuovo Piano Sanitario Regionale da una larga ricognizione attraverso la presentazione di un "Libro Verde".

La salute è unica

Va ribadito che la salute dell'individuo, delle famiglie e dei corpi sociali è un insieme non divisibile di salute fisica, mentale e sociale e che questa condizione generale di salute è indistinguibile da quella del territorio in cui la persona, la famiglia ed il corpo sociale vivono ed operano. Questa impostazione, mutuata dall'ICF, inizia a scorgersi nel documento, ma va portata avanti con grande coerenza.

Una solida base epidemiologica

Manca alla base del Libro Verde un lavoro completo ed esaustivo di ricognizione sulla salute del territorio, che in primo luogo non può non valersi delle osservazioni che vanno compiendo i Dipartimenti per la prevenzione della ASS e l'ARPA-FVG, ma che potrebbe avere nell'analisi rigorosa del lavoro del "Registro tumori" gestito dal CRO uno strumento straordinario, colpevolmente mai utilizzato fino ad ora. Ma anche altri strumenti sono a disposizione per comprendere meglio sia la salute del territorio sia la relazione fra questa e la salute umana. In campo sanitario si pensi ad esempio al Registro Nordest Italia delle malformazioni congenite; in campo sociale al lavoro fatto per le cartelle sociali informatizzate, che nel caso del Servizio sociale del nostro ambito coprono ormai tutti i casi in carico.

Centralità della ricerca sulla salute e sostegno a quella del CRO

Un grande sistema quale è quello sociosanitario regionale ha bisogno continuamente di innovazione. Non è credibile vivere solo di quella che giunge dall'esterno e non produrre innovazione, sia di sistema che nelle cure.

La ricerca deve essere una componente fondamentale del sistema.

Anche da questo punto di vista il CRO, con le sue attività di ricerca, deve essere vissuto da tutta la Regione come un fattore di ricchezza ed essere valorizzato. Vanno garantite risorse per la ricerca del CRO, che può aiutare il sistema regionale ad innovarsi in alcune funzioni importanti.

Condizioni per l'integrazione sociosanitaria

Il Libro Verde affronta molti problemi (la cronicità, la disabilità, la domiciliarità, l'inserimento lavorativo) nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, Ma è legittimo chiedersi se gli strumenti oggi adottati per l'integrazione (sostanzialmente le Unità di Valutazione Distrettuale) siano efficaci e sufficienti e su quali condizioni operare, eventualmente, per renderli più efficaci. Il dibattito è aperto, ma tre temi almeno vanno riconosciuti:

- a) **I poteri in sanità** sono così forti da indurre spesso a comportamenti ordinativi e impositivi sul sociale, quasi a "disporre" quel che il sociale debba fare. Insomma le gerarchie in sanità hanno costruito poteri così forti da indurre metodologie e comportamenti che tendono a schiacciare il punto di vista sociale, così da vanificare quell'unità di salute fisica, mentale e sociale che è alla base di ogni salute;
- b) **Bisogna dare un nuovo peso al sociale**, come elemento importante della relazione fra salute dell'individuo e salute del territorio, fra territorio costruito, dinamiche relazionali e salute dell'individuo, delle famiglie, dei corpi sociali. Nel "Libro Verde" questo "peso" non c'è, lo sguardo alla fine torna sempre sanitario, anche se qualche passo in avanti in alcune parti si nota. Ma non riesce ancora a permeare davvero il documento;
- c) I poteri in sanità sono così forti da sconfiggere anni di affermazioni sulla centralità del territorio. In gran parte della nostra Regione la sanità è ancor oggi soprattutto ospedaliera e sfugge ad ogni tentativo di riforma: se è vero che i posti letto sono diminuiti, è altrettanto vero che nella provincia di Pordenone il bilancio complessivo della sanità riserva al territorio solo spiccioli rispetto agli ospedali ed il bilancio della ASS6 non deve ingannare, perché si tratta di una azienda che spende una parte consistente del suo budget per i suoi ospedali e per il rimborso di spese ospedaliere. A dimostrazione di questo stato di cose è **l'esistenza solo formale dei distretti**, che sono privi di capacità autonoma di spesa reale, di programmazione, di indirizzi. Forti coi deboli e deboli coi forti, stentando a controllare la spesa ospedaliera, si negano costantemente possibilità ai distretti. Per dare un ruolo ed una possibilità vera di lavoro ai distretti **va cambiato il ruolo dei dipartimenti**, che debbono restare solo strumenti di ricerca, specie epidemiologica, formazione ed aggiornamento complessivo, abbandonando la cura dei casi a favore dei distretti. C'è una evidente e non risolta dicotomia fra distretti e dipartimenti che va risolta a favore dei primi. Il vecchio si mangia il nuovo, basta vedere la misera fine della gran parte dei progetti contenuti nei PAT. È una situazione che finisce con l'obbligare gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria ad un continuo "scarico" di funzioni di aiuto sulle famiglie, mentre l'istituto familiare è in una fase di trasformazione e crisi, cui l'aumento della necessità di cure parentali per cronicità e disabilità contribuisce non poco.

Avvicinare non basta, ma è indispensabile

Nel Libro Verde si affronta il tema dell'avvicinamento fisico dei luoghi del lavoro sociale istituzionale e degli spazi per le reti sociali coi luoghi della medicina territoriale. Da tempo noi abbiamo progettato la Cittadella della Salute a Pordenone, proprio con questo obiettivo. Avvicinare deve essere una parte di un progetto che, riconoscendo pari dignità al lavoro sociale ed a quello sanitario, voglia integrarli. È indispensabile avvicinare ma bisogna fare di più: di tanti servizi, uno.

Ma deve essere chiaro che questo processo non deve espropriare i comuni, che hanno nelle politiche sociali un elemento fondamentale del governo del territorio. Servizi sociali e

sanitari territoriali dovrebbero essere governati assieme, avere budget unificati, sistemi di lavoro condivisi, ma senza delega da parte dei comuni alle ASS, perché di politiche decisive si tratta, non di fatti tecnici che sia possibile demandare ad altri e sui quali le assemblee elettive locali sostanzialmente non riescono più ad esprimere indirizzo politico. Per riuscire in una tale impresa serve affermare culture multi e transdisciplinari e lavorare sulla governance del sistema, smentendo nei fatti egemonie e baronati che non reggono la sfida dell'innovazione.

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

I "medici di famiglia" ed i Pediatri di Libera Scelta hanno oggi un ruolo fondamentale nel nostro sistema di prevenzione e cura delle malattie e di educazione alla salute. È evidente la necessità di dotarli di mezzi e di metodologie di lavoro che consentano alle aziende sanitarie una frequente e reale ricognizione dello stato di salute della popolazione ed a questi professionisti di essere in rete con i distretti e gli ospedali, per favorire anche una programmazione degli interventi, incidendo per questa via sulle liste di attesa. I MMG ed i PLS debbono poter comunicare e dialogare anche con i servizi e le strutture sociali del territorio. Va definitivamente rafforzata ed incentivata la scelta associativa fra i MMG e fra i PLS, fornendo le UTAP di strumenti e personale infermieristico, in modo tra l'altro da far fermare sul territorio i cosiddetti "codici bianchi", esonerando il Pronto soccorso ospedaliero da prestazioni incoerenti con la sua missione. Le UTAP debbono garantire lunghi orari di apertura nel corso della giornata.

Il settore materno-infantile: una grave sottovalutazione

Nel Libro Verde è assente ogni riferimento ad un tema decisivo, come la maternità e l'infanzia, che è una delle principali aree di integrazione fra sociale e sanitario, che richiederà grandissima attenzione nel futuro. Sentiamo invece la necessità di sperimentare proprio in questo campo una unificazione dei consultori con la neuropsichiatria infantile e con la parte dedicata ai minori del Servizio sociale di Ambito.

Prevenire ed educare

Prevenire le malattie ed i disagi è possibile solo vivendo in un territorio salubre e con l'educazione alla salute delle persone, specie i più giovani. Ogni investimento per la tutela della salubrità del territorio, per la prevenzione e per l'educazione si ripaga. Basta pensare al grave problema degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, dove spendere sulla prevenzione significa risparmiare in modo consistente in tanti altri settori. Questo è un campo in cui trasferire risorse e nel quale creare forti reti sociali ed istituzionali.

Prevenzione dei disordini congeniti

La legge 104 del 05.02.1992 assicura la "prevenzione delle condizioni invalidanti per mezzo di opportuni servizi e prestazioni". E' constatazione diffusa, però, che si stia facendo ancora poco, rispetto alla domanda ed alla necessità. Se si vuole allargare lo spettro delle possibilità, vanno potenziate le strutture esistenti; i servizi sanitari esistenti (in primis i consultori) vanno forniti della strumentazione necessaria e del personale addestrato ad utilizzarla al meglio; è indispensabile favorire lo sviluppo dell'informazione sui metodi di indagine più moderni, con particolare attenzione alla diagnosi prenatale. Le

informazioni sono oggi carenti, anche se esiste una forte ma confusa domanda di conoscenza che segnala il formarsi di una consapevolezza.

La rete ospedaliera: trasformare, razionalizzare e liberare risorse

Noi siamo decisamente a favore della razionalizzazione della spesa sanitaria per il trattamento delle fasi acute delle malattie.

A livello regionale vanno definite le aziende ospedaliere accreditate per il trattamento di alcune patologie, evitando una concentrazione solo sui poli universitari Udine e Trieste. Nella aree vaste bisogna evitare che per trattare ben determinate patologie continuino ad operare distinte e per molti aspetti concorrenti strutture ospedaliere, duplicando costi ingenti, come quelli dei primariati ospedalieri. Anche in questo caso va evitato che tutto si concentri nell'ospedale di riferimento, ad esempio per noi a Pordenone. Sono però maturi i tempi nella nostra provincia per mettere in capo tutte le attività ospedaliere all'AO "Santa Maria degli Angeli" che si gioverà del lavoro di costruzione delle rete ospedaliera che è stato fatto in questi anni e che ha dato alcuni primi buoni risultati.

La relazione funzionale fra CRO e AOSMA è l'unico mezzo che la nostra area vasta ha a disposizione, in assenza dell'Università, per mantenere funzioni ospedaliere specialistiche di alto livello in Pordenone, ma servirà anche per razionalizzare funzioni e percorsi.

Questo processo deve liberare risorse, contrariamente a quanto successo nell'unificazione fra AOSMM e Policlinico universitario a Udine.

La razionalizzazione della rete di strutture dedite alla cura delle fasi acute delle malattie deve procedere di pari passo con lo sviluppo delle attività dei distretti per la riabilitazione, la cronicità, la disabilità, la domiciliarità.

Progettazione partecipata per nuovo ospedale e "Cittadella della Salute"

Ribadiamo la necessità che Pordenone si doti di un nuovo e modernamente concepito ospedale in tempi brevi e che in tempi di molto minori si realizzi la Cittadella della Salute. Poiché sappiamo quanto importante sia il ruolo di quanti operano nel settore socio-sanitario, auspichiamo una progettazione molto partecipata delle due opere, che consentirà di non avere sprechi sia in fase di costruzione che di gestione.

Una particolare riabilitazione: la Casa dei Risvegli

Nei primi periodi successivi ad un grave trauma che abbia comportato il coma di una persona, esiste la possibilità, constatata reale in molti casi, di una ripresa di consapevolezza, di capacità di relazione con gli altri e di autonomia personale. L'esempio della Casa dei Risvegli di Bologna è uno di quelli cui ci si può ispirare per realizzare una struttura di questo tipo nel Friuli Venezia Giulia

Gli stati vegetativi permanenti

Per quanti non riescono a risvegliarsi debbono esistere servizi di accoglienza. Oggi queste persone o vivono a casa, accuditi da genitori, parenti ed amici, o sono ricoverati nelle Case di Riposo. Servono strutture specifiche per loro, almeno una per ogni area vasta, che possano accoglierli se anche mancasse una rete parentale ed amicale. Altrimenti le affermazioni sul diritto alla vita restano solo di principio.

Nella trasformazione prestare grande attenzione al personale

La motivazione del personale è l'elemento fondamentale per il funzionamento di ogni sistema. Ma per motivare bisogna cambiare la *governance* di tutto il sistema sanitario, coinvolgendo il personale nella definizione di nuove strategie e facendo capire agli operatori che c'è attenzione nei loro confronti, non solo da una pur importante ottica salariale.

Se si vuole trasformare il sistema bisogna attuare politiche della formazione molto ben orientate verso la costruzione di competenze multidisciplinari e transdisciplinari. **Vi sono** figure professionali che vengono richieste molto di più di quanto le università laureino (infermieri, fisioterapisti, tecnici radiologi, tecnici della prevenzione, educatori professionali, etc.). È necessario collegare domanda e formazione, avere sistemi formativi flessibili. Un impegno molto maggiore va prestato per la formazione di OSS.

Cronicità, disabilità e domiciliarità: fondamentali le reti sociali

Il Libro Verde dedica meritoriamente molto spazio a questi tre grandi temi.

Osserviamo che i sistemi sanitari pubblici del Nord Europa hanno un rapporto inverso a quello del FVG fra quanto si spende per le fasi acute e quanto per la cronicità. Ovviamente in quei paesi si spende molto anche per prevenzione, educazione alla salute, sicurezza sociale.

Il nuovo PSR deve affermare la necessità di questo spostamento della spesa e fare scelte conseguenti.

Come trasformeremo le grandi organizzazioni che ora sono volte a trattare le fasi acute? E' un tema fondamentale del futuro, posto che non esisteranno le risorse per tenere in piedi le grandi strutture per l'acuto e contemporaneamente quelle territoriali per cronicità e disabilità.

È fondamentale il processo di costruzione del consenso, dentro il quale bisogna dare spazio e voce a chi in questi anni non li ha avuti. E' necessario capire che quanti hanno un familiare con una malattia cronica o disabile, le stesse persone cronicizzate o disabili, subiscono lo stigma della loro condizione e lo proiettano sulle loro famiglie, sostanzialmente rendendo loro impossibile avere una voce. Non avremo dunque gruppi di pressione formati da queste persone e dalle loro famiglie la cui forza sia paragonabile a quella dei poteri oggi esistenti in sanità e soprattutto negli ospedali.

È alla politica, ai suoi decisori, che spetta comprendere la situazione ed assumere scelte conseguenti, trovando il coraggio necessario a cambiare con determinazione gli attuali equilibri.

Per dare voce c'è bisogno di affidare alle persone che vivono la cronicità e la disabilità, singole ed associate, un ruolo. Si può fare solo se il sistema pubblico decide di lavorare sempre per progetti che debbono essere fatti assieme alle persone interessate e costruendo reti sociali cui affidare compiti fondamentali di promozione della salute e di relazione con il territorio, per modificarlo e renderlo sano, metterlo in grado di limitare la produzione e lo sviluppo delle malattie croniche e della disabilità. In quest'ottica è urgente che nel controllo qualità di ogni progetto sia affidato un ruolo anche ai singoli ed alle famiglie che del progetto usufruiscono e alle loro associazioni.

Abitare sociale: trasformare l'intervento per l'edilizia residenziale pubblica

Le condizioni di cronicità in cui alcune malattie costringono le persone e di rischio sociale di altre, rendono necessaria una rete di piccole residenze assistite, ben inserite nel territorio, per consentire la socializzazione, una vita ricca di relazioni e combattere lo

stigma che spesso colpisce queste persone. Vanno cambiate alcune delle regole che oggi sovrintendono all'intervento delle ATER e all'assegnazione degli alloggi. Va capito che domiciliarità delle cure non può significare il permanere nella propria abitazione, ma a volte trovare una nuova abitazione, adatta alle proprie condizioni, condivisa con altri e adatta ad ospitare anche chi presta aiuto, sia professionale che volontario.

Reti sociali, lavoro di comunità ed inserimenti lavorativi

Il Libro Verde affida un ruolo importante agli inserimenti lavorativi. E' un fatto da segnalare come molto positivo, che raccoglie finalmente anni di sollecitazioni dei servizi e delle coop sociali.

Bisogna inserire gli inserimenti dentro un'ottica nuova: a) essi debbono essere opportunità di auto-mutuo aiuto e operare per sviluppare auto-mutuo aiuto. Insomma va spezzata la divisione fra lavoro di cura e produzione di merci e servizi. Debbono essere opportunità di inserimento lavorativo tutte le attività che concernono la salute della terra, l'equilibrio del territorio e che in questo impegnano e formano le comunità locali: la pulizia della terra, dell'aria, dell'acqua, la loro protezione, la cura della salubrità del nostro ambiente urbano e rurale, l'educazione ed il rispetto verso l'ambiente.

Progettare assieme ed essere conseguenti: noi con il PdZ l'abbiamo fatto

Nel Libro Verde si dà un giudizio sui PdZ nel quale non ci riconosciamo. La nostra esperienza è stata molto positiva. La costruzione del Piano è avvenuta su tavoli straordinariamente partecipati, abbiamo vissuto una esperienza in cui pubblico e privato si sono parlati e capiti. Ci siamo conosciuti ed abbiamo molto sviluppato reti sociali e progetti comuni. L'Ambito ha deciso che i tavoli rimanevano attivi anche dopo la firma dell'Accordo di Programma ed ha finanziato di propria iniziativa molti progetti del PdZ. La nostra esperienza è stata positiva ed intendiamo ripeterla, ovviamente ragionando sui suoi limiti, ma facendoci forti di essa.

Servono LEA e standard unitari in regione

Ovviamente ogni territorio deve avere la propria autonomia, legata alle sue specifiche condizioni storiche e di salute. Ciò non toglie che vadano finalmente definiti a livello regionale Livelli Essenziali di Assistenza che valgano per tutti e standard unitari raggiungibili da tutti e che in tempi brevi siano raggiunti da tutti. E' inutile aspettare la definizione di LEA nazionali condivisi nella Conferenza permanente Stato-regioni: le condizioni di salute nelle regioni italiane variano in modo così radicale da richiedere tempi lunghissimi per trovare punti di accordo su un tema tanto delicato.

Progettare assieme: autorizzazione, accreditamento, voucher

Noi oggi siamo consapevoli della necessità di progettare assieme, non esiste argomento e settore in cui il sociale pubblico dia "ordini" al privato sociale. Non vogliamo che il privato sociale "gestisca" per nostro conto, vogliamo progettare assieme a soggetti che si assumano la responsabilità di intraprendere servizi.

Noi gestiamo tutta la fase di autorizzazione dei nuovi servizi come un processo di progettazione partecipata.

Abbiamo compiuto importanti esperienze di accreditamento e gestione dei voucher, affidando alle famiglie responsabilità di scelta e potere di decisione. Svilupperemo ancora queste esperienze.

Queste sono esperienze positive che abbiamo compiuto e che offriamo alla Regione.