XII COMMISSIONE PERMANENTE (IGIENE E SANITA') - SENATO

MEMORIA PER L'AUDIZIONE DI ANCI

SUL POTENZIAMENTO E RIQUALIFICAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE NELL'EPOCA POST COVID

Roma, 3 giugno 2021

La pandemia da Covid-19 ha messo il tema della salute e del benessere della collettività al centro dell'attenzione pubblica, consegnandoci, nella sua tragicità, delle lezioni fondamentali che non possiamo più ignorare. Ha infatti reso urgente la necessità di ripensare il sistema sanitario e sociosanitario in modo da garantire flessibilità, tempestività e adeguatezza di risposte, attraverso il potenziamento di risorse organizzative, umane e materiali dei territori, tramite una reale integrazione di politiche, ambiti, servizi e attori. Ciò non solo al fine di far fronte all'attuale emergenza sanitaria e alla possibilità che ve ne siano ulteriori in futuro, ma anche di fronteggiare assieme le sfide di una società che invecchia progressivamente e quelle lanciate da nuove vulnerabilità e fragilità sociali che, in conseguenza di questa pandemia, si affacciano nelle nostre comunità.

Da un lato c'è la necessità di sviluppare programmi di sorveglianza sulla prevenzione delle malattie trasmissibili, ma anche sulla definizione dei piani di contenimento e sul monitoraggio delle questioni relative alla sicurezza umana e ambientale che riguardano la cittadinanza e che chiamano in causa anche i Sindaci quali autorità sanitarie locali. Dall'altro, assistiamo a fenomeni più generali che riguardano il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie cronico-degenerative, la crescita di nuovi bisogni sociali e sanitari, per loro natura multidimensionali, che ci impongono una seria riflessione sul futuro delle nostre comunità e sulla necessità di fornire risposte che non possono che essere trasversali e congiunte per essere davvero sistemiche ed efficaci.

Non va infatti dimenticato il forte nesso tra salute dei singoli e contesto socioeconomico e ambientale: tutte i determinanti concorrono al benessere dell'individuo e della collettività. Sappiamo bene ormai che la dimensione terapeutica e riabilitativa passa attraverso tutto un insieme di azioni che non sono solo puramente cliniche e che gli interventi sociali possono avere delle ricadute rilevanti di tipo sanitario, soprattutto nel prevenire e contenere l'acutizzazione, la cronicizzazione, l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri. Allo stesso tempo, la pandemia ci ricorda l'importanza di un welfare sociosanitario territoriale centrato sul modello di "salute di comunità", in un'ottica anche di prevenzione e promozione della salute collettiva.

Se l'obiettivo è il raggiungimento del benessere globale dell'individuo, così come concepito dall'OMS, ossia come un insieme di benessere fisico, psichico e sociale, la fuoriuscita dalla condizione multiproblematica di disagio e di bisogno non può basarsi su interventi singoli, frammentati, slegati tra loro, ma deve necessariamente prevedere un approccio trasversale e integrato tra attori, politiche, risorse, servizi (sociale, sanitario, abitativo, lavorativo e così via).

Allo stesso tempo, va superato il modello di interventi riparativi per puntare a una protezione sociale attiva, incentrata su progetti personalizzati che tengano effettivamente conto dei bisogni, delle capacità e delle aspirazioni del singolo e del suo nucleo famigliare, con attenzione alla prevenzione, al mantenimento delle condizioni di autosufficienza per quanto possibile, alla rimozione delle cause di disagio, alla promozione dell'inclusione sociale, tramite la valorizzazione e attivazione delle risorse individuali e collettive.

È necessario un salto culturale e uno sforzo congiunto che promuova la consapevolezza del valore della salute come bene comune, ripensando il sistema di interventi e servizi in modo da mettere al centro la persona e la comunità con i loro diritti e le loro capacità di attivazione, potenziando le reti territoriali per la prevenzione, la cura e l'assistenza di prossimità.

Ciò significa passare dall'erogazione di prestazioni frammentate al progetto di presa in carico complessiva, da prestazioni monetarie che non accompagnano la persona e il suo nucleo nella fuoriuscita dal disagio e dal bisogno a servizi e interventi complessi che intendono rispondere a una molteplicità di bisogni, attraverso il concorso e la collaborazione di una pluralità di attori.

La pandemia ci insegna l'importanza di una visione orientata non solo alla risposta medico-specialistica erogata negli ospedali, ma anche a una rete di servizi territoriali in grado di affrontare la sfida dei nuovi bisogni. I territori sono il perno attorno a cui costruire risposte ai bisogni di salute e di sicurezza sociale delle comunità, come valori collettivi a cui tutti gli attori devono concorrere in sinergia tra loro.

Sono proprio gli attori più prossimi ai cittadini quelli deputati a raccoglierne i bisogni e a fornire risposte tempestive e adeguate; è però necessario che tali attori, dai Comuni ai Medici di medicina generale, alle strutture residenziali, siano messi in condizione di poter operare in stretta connessione con le Aziende sanitarie e ospedaliere. Di fronte a un sistema che ha privilegiato le eccellenze ospedaliere, dev'essere riaffermato con forza il legame con il territorio, sia sul piano dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale, sia sul piano della concertazione programmatoria con gli Enti locali.

Il potenziamento della medicina territoriale e, in generale, di tutta la rete di servizi sociosanitari di prossimità, promuovendo la domiciliarità e la vita indipendente laddove possibile, è quindi senza dubbio prioritario: abbiamo apprezzato l'attenzione che il PNRR dedica a questo. Tuttavia, tale potenziamento non deve tradursi in una riforma del solo settore sanitario, escludendo tutte le altre compagini che concorrono a determinare la salute del singolo e della comunità, così come non può limitarsi alla seppur auspicata digitalizzazione dei servizi sanitari.

In tal senso, la progettualità del PNRR, attraverso il rafforzamento solo dell'ADI sanitaria in campo domiciliare e con un modello di Case della Comunità la cui integrazione con i Servizi sociali non è ben delineata, purtroppo non scongiura una tendenza alla settorialità e alla sanitarizzazione di bisogni che sono anche sociali. Ci auguriamo che tale approccio venga sostituito da un effettivo raccordo tra Sociale e Sanità nel disegno e nell'implementazione delle rilevanti riforme previste, che anche Anci richiede da tempo, ossia quella sul sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti e la legge quadro sulla disabilità.

Come riconosce lo stesso PNRR, il rafforzamento dei servizi territoriali sanitari deve passare necessariamente attraverso una migliore integrazione con il

sociale e, quindi, con i servizi di welfare comunale, a partire dagli ambiti dove tale integrazione di competenze e responsabilità è già prevista dalle norme in materia sociosanitaria, sebbene scarsamente attuata nei territori: anziani, non autosufficienti, disabilità, salute mentale, dipendenze, ma anche l'area materno-infantile, senza trascurare la povertà sanitaria come condizione specifica di un disagio socioeconomico più ampio.

Più in generale, la sinergia tra Aziende sanitarie, Medici di medicina generale ed Enti locali appare essenziale e strategica sia nelle attività di prevenzione, di intercettazione tempestiva, di analisi del bisogno e di presa in carico, sia per la promozione di corretti stili di vita e benessere diffuso, su cui già molti Comuni sono concretamente impegnati (si pensi, ad esempio, alla rete Health City, promossa attivamente dall'Anci).

Il presente e il futuro ci pongono sfide collettive complesse, multidimensionali e multifattoriali, per affrontare le quali è necessario abbandonare l'autoreferenzialità delle competenze di settore e porre le basi per il dialogo, la collaborazione e l'integrazione tra interventi, personale e risorse nell'ambito di un progetto di salute condiviso, al fine di garantire l'efficacia e la sostenibilità a lungo termine degli interventi, come avviene in tante buone prassi locali sempre più diffuse, che andrebbero valorizzate e messe a sistema (si pensi ad es. alle sperimentazioni del budget di salute/cura in diverse Regioni e contesti locali).

È necessario un approccio di rete, con l'opportuno coinvolgimento dei Comuni e il loro coordinamento con le Autorità sanitarie, al fine di implementare e rafforzare sistemi integrati territoriali di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali di prossimità: ciò è quanto mai opportuno anche come ambito su cui è possibile agire per colmare quelle differenze regionali che determinano disparità nell'accesso ai servizi di cura e assistenza e per prevenire le migrazioni sanitarie.

Vanno definite ovunque modalità di raccordo operativo stabile fra strutture residenziali e semiresidenziali, Medici di medicina generale, Aziende sanitarie e ospedaliere e Comuni, al fine di condividere analisi dei bisogni, programmazione e gestione degli interventi.

Va sostenuto il valore della salute come bene comune attraverso la realizzazione di progetti e percorsi di salute che coinvolgano tutta la comunità, e questa dev'essere una competenza, una responsabilità e una priorità davvero condivisa tra Sociale e Sanitario, tra Enti locali e ASL/Regioni/Medici di medicina generale: da un lato, va recuperato e potenziato il ruolo chiave del Sindaco come Autorità sanitaria locale e riconosciuta e valorizzata l'importanza degli interventi sociali sulla salute; dall'altro, anziché sanitarizzare i bisogni sociali, andrebbe "socializzata" la Sanità, affinché quest'ultima non rimanga chiusa in sé stessa e inizi effettivamente ad occuparsi di "salute" in senso lato, dialogando e interconnettendosi con tutti gli altri ambiti della vita umana.

Come già accennato, adottare l'approccio della presa in carico integrata e complessiva, prestando eguale attenzione ai bisogni di assistenza sanitaria e a

quelli sociali (tutela negli atti della vita quotidiana, supporti e soluzioni in grado di preservare l'autonomia del singolo e alleggerire il carico delle famiglie), eviterebbe o ritarderebbe l'accesso a servizi e livelli assistenziali molto più onerosi, non solo economicamente.

Eppure, a tutt'oggi l'integrazione sociosanitaria rimane un processo istituzionale e organizzativo scarsamente realizzato. Tanto a livello centrale quanto a livello locale, resta largamente disatteso il principio fissato a livello legislativo sulla natura di tale integrazione, che per essere reale deve avvenire a livello istituzionale, gestionale e professionale, prevedendo una programmazione congiunta tra ASL e Comuni delle attività sociosanitarie al fine di pervenire alla lettura integrata dei bisogni, alla definizione concordata degli obiettivi e alla convergenza degli interventi.

Tuttavia, così come la riforma dell'assistenza domiciliare e territoriale non può essere risolta semplicemente ricorrendo a una diffusa digitalizzazione (che pure è utile, soprattutto in tempo di pandemia), senza rafforzare effettivamente la rete degli attori che erogano assistenza e assicurarne l'integrazione in termini di programmazione, di attuazione degli interventi, di risorse umane ed economiche, verso l'obiettivo comune di prevenire costi umani, sociali e sanitari ancora più elevati, allo stesso modo non ci si può aspettare che tale approccio integrato e di rete si implementi uniformemente in tutti i territori senza un dialogo e una collaborazione interistituzionale a partire dal livello centrale, tra Ministeri interessati e tra questi, le Regioni e l'ANCI.

Procedere alla riforma di singoli settori senza definire in maniera chiara e quanto più omogenea in tutto il territorio nazionale la cornice della governance sociosanitaria entro cui tali riforme si iscrivono, significherebbe non solo limitare la portata e l'efficacia di tali riforme, ma altresì lasciare inalterato l'attuale quadro di ampia difformità di modelli organizzativi territoriali, in cui il dialogo e la collaborazione tra Sociale e Sanitario sono spesso ardui se non inesistenti, generando insostenibili divari territoriali nella garanzia dei diritti civili, sociali e sanitari.

Consapevole di ciò, l'Associazione chiede da tempo, come ha avuto modo di ribadire recentemente anche al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, l'istituzione di un luogo di concertazione e programmazione unitaria tra Sociale e Sanitario, che dal livello centrale si rifletta a livello territoriale, in maniera uniforme in tutto il Paese, colmando gli eccessivi divari regionali esistenti e garantendo ovunque non solo una piena attuazione dei LEA sanitari, ma anche una loro opportuna integrazione con i LEP sociali.

A livello nazionale, è necessario incentivare e coltivare responsabilità collettive e buone pratiche al servizio della salute e del benessere dei cittadini, definire standard di qualità omogenei nella programmazione ed erogazione di interventi e servizi in tutto il territorio nazionale, da finanziare con adeguate risorse, favorendo maggiore equità nell'accesso ai diritti e alle prestazioni, giustizia sociale, contrasto alle disuguaglianze.

La spinta riformista impressa dalle criticità messe in luce dalla pandemia, assieme alle notevoli risorse messe a nostra disposizione dall'Unione Europea, sono occasioni imperdibili per rilanciare finalmente il percorso per una piena realizzazione su tutto il territorio nazionale dell'integrazione socio-sanitaria, necessaria tanto nella gestione delle emergenze sanitarie, quanto nell'ordinaria programmazione sanitaria e sociosanitaria territoriale, anche attraverso un adeguato coinvolgimento dei Sindaci, in qualità di autorità sanitaria locale, a partire da una piena ed efficace operatività della Conferenza dei Sindaci in tutto il territorio nazionale.

A nostro avviso, dunque, nei provvedimenti normativi adottati e nelle proposte che saranno vagliate per implementare e diffondere soluzioni innovative di cura e assistenza sanitaria e sociosanitaria di prossimità, non si può prescindere dall'affrontare in maniera organica e strutturale le lacune e le esigenze esistenti nel sistema attuale, pena la limitazione della realizzabilità e dell'efficacia delle misure e delle riforme proposte.

Allo stesso modo, oggi non si può affrontare il tema della salute senza coinvolgere i Comuni e senza tenere conto del ruolo cruciale delle città: la cosiddetta "urban health" è ormai una sfida globale, per la quale le città sono chiamate a diventare centri di innovazione nella gestione e nella risposta ai fenomeni epidemiologici in atto. Una strategia efficace richiede un approccio finalmente multidisciplinare e trasversale, in cui i saperi, a partire da quello medico e scientifico, possano supportare le scelte di salute pubblica da parte di decisori politici così come dei cittadini stessi.

Ciò significa investire nella promozione della salute e del benessere a lungo termine, agire sui determinanti sociali e culturali che definiscono le opportunità di una vita sana per i cittadini, integrare la salute in tutte le politiche, coinvolgere attivamente le comunità e creare soluzioni di partenariato con altri settori in modo trasversale. La principale arma a disposizione per frenare lo sviluppo esponenziale delle malattie cronico-degenerative è la prevenzione, attraverso la modifica di quei fattori ambientali, educativi e culturali che le favoriscono. Le città sono il contesto adatto in cui questo processo virtuoso può essere costruito anche grazie alle innovazioni che le risorse del PNRR renderanno possibili.