

ANZIANI E FRAGILI: quale riforma dell'assistenza territoriale

Relazione di Roberto Pezzani

Segretario Generale CISL FNP Emilia Romagna

Oggi parliamo di riforma territoriale della Sanità. E' un argomento importante che riguarda tutti noi, ma siccome è molto specialistico mi permetto di fare una brevissima premessa: oggi è legge dello stato il Decreto Ministeriale 77 che è da considerarsi una Riforma dell'assistenza territoriale, riguarda molti dei servizi garantiti dal Distretto delle ASL e che in genere i cittadini dell'Emilia Romagna trovano oggi all'interno delle Case della Salute. Questa Riforma era prevista come obiettivo vincolante all'interno del Piano di Ripresa e Resilienza Nazionale, piano che finanzia questa riforma in molti suoi aspetti cercando di migliorare le cure primarie, cioè tutte i servizi di cui ci serviamo normalmente: il nostro medico di Medicina Generale, le visite specialistiche, gli esami, le vaccinazioni, l'assistenza domiciliare, il CUP, il consultorio familiare ecc.

In ogni Distretto dell'ASL ci sono le Case della Salute che dovranno trasformarsi in Case delle Comunità, la riforma le chiama così perché dovrà essere un luogo di accoglienza per tutti, tutta la comunità.

Non cambia solo il nome, dovrà cambiare il modo di dare i servizi: secondo questa riforma la Casa del cittadino, la casa di ognuno di noi, dovrà diventare "il primo luogo di cura" intendendo così che l'obiettivo primario per le persone già ammalate o a rischio di malattia è quello di essere curate a casa, evitando per il massimo possibile l'Ospedale, perché quando vai in Ospedale è già troppo tardi, vuol dire che hai un'urgenza, che la tua condizione è già abbastanza grave, l'obiettivo è la Prevenzione, prevenire la malattia e la forma grave della malattia.

Il valore della prevenzione

Entrando nel merito la **Prevenzione**, sia nella fase pre-patologica che a patologia conclamata deve diventare la vera inversione di rotta del Servizio Sanitario. Il rafforzamento del sistema territoriale delle cure (DM77) potrà sperare di essere sostenibile ed effettivamente efficace solo nel caso riesca realmente ad agirlo, al contrario se si risolvesse semplicemente in un aumento per quanto apprezzabile, degli interventi sulle patologie conclamate, rischierebbe una rincorsa senza fine, difficilmente sostenibile dal punto di vista finanziario.

Siamo, però, in una fase di passaggio particolarmente onerosa perché dovremo contemporaneamente agire la prevenzione (medicina di iniziativa), curare le patologie croniche conclamate e progressivamente in aumento, territorializzare il sistema di cure (PNRR –DM77), una fase che presuppone un profondo cambiamento culturale e professionale e tutto ciò in presenza di risorse finanziarie ed umane scarse. Questo significa che sono ancora molte le battaglie e le rivendicazioni che dobbiamo mettere in campo, ma significa anche che se non vogliamo perdere la rotta in mezzo al mare magnum delle problematiche da affrontare dobbiamo avere ben saldi gli obiettivi a cui tendere.

Noi proviamo a declinare le priorità che a nostro avviso dovrebbero dare forma alla riorganizzazione del sistema territoriale assumendo esclusivamente come focus la cronicità e gli anziani fragili, in sostanza quel mondo legato al sistema della non autosufficienza e alla

popolazione anziana più in generale. Non v'è dubbio che la scelta nasce dalla nostra base di rappresentanza, ma anche dalla consapevolezza che parlare di anziani e cronicità in sanità significa affrontare uno dei temi più importanti, non solo per il valore in sé ma per il peso che ha sui servizi il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione.

Vorrei che apprestaste attenzione alle nostre proposte e alle nostre osservazioni perché siamo convinti che un modello di assistenza che funziona per i più fragili probabilmente funziona anche per i meno fragili.

La medicina di iniziativa: l'importanza di adottare un modello predittivo

Cos'è un modello predittivo? È un modello che riesce a calcolare sulla base dell'elaborazione di dati sanitari digitali, ad es. il nostro consumo di farmaci, il grado di rischio di contrarre una malattia prima che si manifesti o si manifesti nella forma più grave. Questo modello si chiama "stratificazione della popolazione" perché divide tutta la popolazione di un determinato territorio in 6 livelli di rischio, da 1 a 6, dal meno grave al più grave, è particolarmente efficace per la gestione delle malattie.

E, quindi, consente di scattare una fotografia sullo stato di salute della propria comunità e orientare la programmazione dei fabbisogni sanitari del distretto.

Nella convinzione che "la diagnosi precoce" in sanità sia la chiave di volta per costruire una prevenzione efficace per le persone e sostenibile per il SSN (paragonabile all'intervento sui determinanti della salute che dovrebbero agire le politiche dell'ambiente, della mobilità, dell'istruzione ecc.), riteniamo che ogni ASL della Regione e ogni Distretto **debbano adottare un sistema di stratificazione della popolazione così come previsto dal DM 77 e conseguentemente tutti i Distretti debbano predisporre dei programmi di intervento per proteggere la popolazione a rischio.**

Evidentemente non si può fare tutto e subito: la quantità degli interventi dovrà prevedere delle percentuali di copertura progressivamente in aumento anno per anno. Non potendo seguire tutti andranno fatte delle scelte, che dovranno essere ragionate, condivise e dichiarate. Questo è un obiettivo che sposta risorse ed investimenti umani ma che dovrà essere perseguito con convinzione anche se gli effetti non sono immediatamente né visibili né spendibili.

L'integrazione fra Ospedale e Territorio

La medicina di iniziativa di carattere preventivo riguarda anche le patologie croniche già conclamate. Che fare?

A nostro avviso la PRIMA INTEGRAZIONE che dobbiamo veramente realizzare per prevenire il deterioramento della condizioni di vita di un paziente cronico si gioca tutta all'interno della sanità ed è **l'integrazione fra Assistenza Territoriale e Ospedale**. Un'integrazione che riguarda il solito tema delle dimissioni protette e del raccordo con le cure intermedie: il DM 77 ne attribuisce la responsabilità organizzativa alle Centrali Operative Territoriali, le cosiddette COT. **Un nuovo servizio di cui parleremo dopo**

È una impostazione del Regolamento Nazionale che noi condividiamo convintamente, ma l'integrazione con l'Ospedale deve diventare oggetto di un pensiero **che si trasforma in**

struttura organizzativa stabile non solo ai fini della dimissioni protette.

Infatti i Centri specializzati ospedalieri e gli Specialisti in genere devono essere collegati funzionalmente e/o fisicamente ai presidi sanitari territoriali della Casa di comunità, in primis coi MMG (Medico di Medicina Generale), per fornire il supporto necessario alla gestione della patologia, in un rapporto virtuoso di collaborazione e trasmissione di competenze professionali e farmacologiche. Sulle diverse modalità di raccordo siamo aperti alla discussione, ma non può essere un raccordo occasionale.

La telemedicina con particolare riferimento al Teleconsulto e alla Televisita specialistica, sono mezzi funzionali intorno ai quali costruire un disegno organizzativo stabile.

Insomma per curare meglio, gli specialisti ospedalieri e i medici di famiglia debbono parlarsi e consultarsi in modo sistematico, anche a distanza, la telemedicina lo rende possibile perché si possono scambiare informazioni ed esami e si possono fare anche televisite del paziente a distanza

E nel caso di più patologie croniche il sistema sanitario deve garantire un raccordo stabile non solo coi MMG, ma anche fra gli stessi Specialisti e i Medici dei Centri specializzati ospedalieri mettendo a disposizione tempo/lavoro e servizi.

Evidentemente anche in questo caso la Telemedicina costituisce un mezzo utile ad efficientare un sistema di cura che oggi è per lo più lasciato nelle mani “del buon senso” dei caregiver familiari

Sto dicendo semplicemente che anche gli specialisti si devono poter consultare fra di loro per evitare troppi ed inutili esami ed evitare danni ad es. che una medicina prescritta da una specialista associata ad un'altra di un altro specialista produca effetti collaterali negativi.

I percorsi diagnostico terapeutici - PDTA: è un percorso predefinito che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti per realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia - (tutti quelli declinati nel piano nazionale cronicità) devono essere definiti in modo omogeneo, per tutti i cittadini a prescindere dal distretto di residenza così come i **percorsi di monitoraggio per patologia** delle persone affette da malattie croniche: questo significa che i percorsi devono riguardare **tutte le patologie croniche e tutte le persone conosciute dal sistema (proprio tutti, comprese le persone non autosufficienti presenti nei nostri servizi).** Ci riferiamo a quei percorsi, come quello del diabete (oggi diffuso in tutta la regione) che assicurano una rete assistenziale di presa in carico e di controllo. Evidentemente è un obiettivo a tendere e nelle fasi intermedie può essere che Case di Comunità limitrofe “si dividano il lavoro” distinguendosi per patologia o per gruppi di patologie correlate, in un modello hub and spoke coordinato dalle rispettive COT.

I percorsi di monitoraggio devono essere supportati dagli **Ambulatori Infermieristici** così come definiti in tutte le funzioni sancite dalla delibera 2016 sulla Casa della Salute.

Pertanto riteniamo che l'Ambulatorio Infermieristico debba diventare all'interno delle Case della Comunità uno dei servizi maggiormente valorizzato e al quale non devono mancare le risorse umane, così come tutti gli attori del sistema sanitario territoriale ed ospedaliero debbano essere indirizzati ad alimentarne l'attività, compreso il "MMG spoke" cioè il MMG che mantiene il proprio studio privato e non lavora all'interno della Casa di Comunità.

Nel contempo l'introduzione del Telemonitoraggio che vuol dire monitorare i parametri vitali a distanza, ***scelta che noi auspichiamo, cambierà profondamente l'organizzazione dell'ambulatorio infermieristico e le modalità professionali di intervento anche a seconda del grado di pervasività, e non fosse altro per il fatto che il DM77 ne attribuisce la gestione alla COT.***

Ma è realisticamente prevedibile che, se anche la Regione puntasse ad un utilizzo intenso del telemonitoraggio ci dobbiamo preparare ad una fase in progress, con percentuali in crescita di persone monitorate telematicamente quindi a casa propria e comunque ad una percentuale di persone che per condizione sociale non sono in grado di essere sottoposte a telemonitoraggio (il divario digitale è un problema serio non tutti sanno usare gli strumenti digitali). Per cui l'Ambulatorio Infermieristico deve continuare ad operare in una funzione di monitoraggio che è indispensabile.

Semmai bisogna verificare se davvero esiste una omogeneità di intervento fra gli Ambulatori Infermieristici della regione, mettere a sistema le buone pratiche partendo dagli esempi migliori affinché le funzioni che gli abbiamo attribuito, tutte importantissime, siano concretamente agite in tutti i Distretti all'interno delle nuove Case della Comunità.

Ed ancora: non sappiamo oggi quanto la Regione sceglierà di spingere sull'uso della Telemedicina, riteniamo che sia una sfida da perseguire .

In un mondo ideale (quello descritto nel PONgov cronicità) con l'introduzione della telemedicina

- ***la ricetta è dematerializzata -come è successo per il covid che si va in farmacia senza ricetta***
- ***i farmaci ricorrenti della terapia vengono prescritti automaticamente senza che il paziente debba recarsi dal Medico,***
- ***le visite specialistiche e gli esami vengono programmati dal sistema telematico evitando il ricorso al Cup***
- ***i parametri vitali delle persone monitorati a distanza***
- ***quando i parametri vitali escono dalle soglie di normalità il sistema telematico produce automaticamente un alert visibile dal MMG che programma l'intervento necessario***

Questo mondo ideale è anche possibile e noi lo auspichiamo, sinceramente, perchè libererebbe molto del preziosissimo tempo/lavoro dei professionisti medici e infermieri, i quali, sgravati da adempimenti in buona parte burocratici, potrebbero dedicarsi al “cuore “della professione.

D'altra parte all'interno dell'Ambulatorio Infermieristico, in collaborazione con le Equipe integrate e il MMG dovrebbe essere **sempre presente un Infermiere di Comunità** con particolare attenzione a tutti gli aspetti che rendono la persona e i suoi caregiver (cioè quelli che la curano) protagonisti del processo di cura, assumendo quasi in termini specialistici questo obiettivo che viene più volte dichiarato ma scarsamente esercitato.

È un mestiere “quasi nuovo“, diciamoce, ma che ci aiuterebbe di molto nella gestione

dell'assistenza domiciliare e nel monitoraggio dei percorsi di cura, tanto più quando entreranno in funzione i servizi di telemedicina quando dovremo insegnare a utenti e caregiver l'uso degli strumenti informatici (lavorando anche sul coinvolgimento delle associazioni dei pazienti).

La co-costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato con la persona affetta da patologia cronica e dei suoi caregiver (formali ed informali inclusi gli OSS) e la definizione condivisa di un Patto di cura sono obiettivi importanti che non possono più essere un esercizio retorico delle nostre delibere, ma devono diventare un'attività riconosciuta e riconoscibile.

La COT, la Centrale Operativa Territoriale

Cos'è? La COT è un nuovo servizio del Distretto che non è aperto ai cittadini, ma serve agli operatori del Distretto, una vera e propria centrale di coordinamento di tutti i servizi territoriali, ospedalieri e dell'emergenza-urgenza; possiamo immaginarla come una cabina di controllo del traffico aereo, che deve regolare il traffico cioè il passaggio degli utenti tra un servizio e l'altro e coordinarne gli interventi. Ma deve anche gestire la Telemedicina e gestire tutti i dati di salute. Funzionante 7 giorni su 7 si avvale di una piattaforma informatica che deve condividere con tutto il sistema distrettuale e l'ASL.

In poche righe il DM 77 delinea un'organizzazione veramente innovativa e complessa, **Ma la vera complessità a nostro avviso riguarda “il grado di potere“ organizzativo che la Regione vorrà assegnare alle COT** quale componente cruciale di quel distretto “forte” di cui parleremo più avanti e da cui potrà trarre, la Cot, la necessaria autorevolezza nei confronti di tutti gli altri nodi dell'assistenza distrettuale ovvero ospedaliera: per gestire le dimissioni protette fra ospedale e domicilio, fra domicilio e ospedale di comunità, ad esempio per poter rispondere tempestivamente al medico responsabile del caso, che chiede per un proprio assistito il ricovero in un Ospedale di Comunità o un intervento urgente in Assistenza Domiciliare Integrata, la COT deve essere in grado di disporre dei posti letto dell'ospedale di Comunità o delle prestazioni di ADI. In altre parole **deve essere in grado di controllare la capacità produttiva di tutta la rete sanitaria distrettuale ed esercitare un potere regolatorio che le venga riconosciuto da tutti i nodi della rete distrettuale.**

Se poi aggiungiamo alle cure intermedie anche i servizi legati alla Non autosufficienza (CRA, Centri diurni e assistenza domiciliare) la questione si complica ulteriormente perché impatta con un sistema che in Emilia Romagna si è organizzato autonomamente anche attraverso regole di accesso diverse da Distretto e Distretto.

Quale disegno ha in testa la Regione sulle COT distrettuali?

A noi il disegno di una COT “forte“, in grado di interagire con tutte le strutture e i servizi territoriali e ospedalieri, ci convince perché ne intravediamo alcuni vantaggi importanti:

- la messa a sistema di domanda e offerta delle prestazioni all'interno dei nodi di una rete assistenziale distrettuale ed ospedaliera più integrata,
- la necessità di organizzare in termini preventivi la dimissione difficili per gestire per tempo le risposte possibili,
- il vincolo di darsi processi di valutazione sulla gravità dei singoli casi
- la definizione delle priorità di accesso e la scelta dei setting più opportuni fra quelli possibili,
- la verosimile scoperta di un'eccedenza di domanda rispetto l'offerta che oggi già

sappiamo, ma non conosciamo nella sua complessità e varietà dei bisogni.

Quello che ci preme sottolineare è che una COT siffatta necessita di un sistema di valutazione dei casi assolutamente di tipo integrato, sociale e sanitario, dove ambedue le variabili siano indagate seriamente in tutti i loro aspetti: un sistema di valutazione multidimensionale che indaghi tutte le dimensioni (cliniche, funzionali, cognitive, sociali) e quindi in grado di certificare i bisogni per i diversi stadi della patologia e della fragilità sociale. Sto semplicemente dicendo che le persone non vanno valutate solo in base alla loro malattia, ma anche in base alla loro condizione sociale, se hanno chi li aiuta, se sono in grado di assumere le terapie, quale autonomia hanno nel gestire la loro quotidianità ecc.

Il DM 77 definisce precisamente gli standard di personale della COT (1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 personale di supporto). Affinché tutte le sensibilità siano pienamente agite in un organismo che si candida a governare funzioni ed intrecci così complessi, noi riteniamo indispensabile sia inserito almeno 1 Assistente Sociale.

Ed inoltre dovranno essere molto chiare le caratteristiche che definiscono gli accessi ai vari setting, e cioè perché si sceglie la permanenza in una lungodegenza, piuttosto che l'invio in un Ospedale di Comunità o l'inserimento in una Casa Protetta. Sono tutti elementi che rendono il sistema più efficace ed evitano una discrezionalità che a volte constatiamo nell'uso dei servizi.

L'Equipe integrata e l'Unità di Valutazione Multidimensionale costituiscono gli strumenti organizzativi che già conosciamo nella nostra regione, predisposti per la valutazione dei casi. Il DM 77 definisce con precisione la composizione dell'equipe professionale elencando le figure professionali previste, equipe alla quale si aggiungono ulteriori professionisti a seconda della complessità dei casi.

Questi strumenti e questa procedura sono funzionali alla costruzione di un Progetto di Salute a favore delle persone e si attivano nel momento dell'accesso nel Sistema Sanitario Nazionale, sia che avvenga attraverso il Punto Unico di Accesso o attraverso la COT, quindi, quando l'ingaggio avviene a chiamata diretta dei servizi attraverso percorsi e modalità predittive e di iniziativa.

Come funzionerà dipenderà molto dal disegno organizzativo che la Regione assegnerà alla Casa di Comunità.

La nostra prima impressione è che per gli anziani cronici e fragili occorre predisporre una procedura organizzativa e degli strumenti (equipe multiprofessionale e UVM) che, evitando inutili ridondanze siano in grado di intervenire, qualsiasi sia il punto di accesso al SSN della persona e che in un certo senso si specializzino su questo target.

Per finire sulla COT una ultima considerazione: evidentemente la COT è un percorso in divenire della quale andranno definiti gli step anno per anno, **quello che però a nostro avviso dobbiamo decidere subito è: quale COT vogliamo, con quali caratteristiche e con quali obiettivi organizzativi da raggiungere, un disegno omogeneo per tutti i distretti, nella sua struttura portante.** Una macchina organizzativa uniforme nelle proprie regole fondamentali che i singoli Distretti faranno funzionare in base alle diverse esigenze geografiche, economiche e sociali concordando con le ASL i pacchetti di prestazioni più utili

alle caratteristiche della loro popolazione (per fare un esempio è verosimile che il telemonitoraggio del paziente cronico sia più urgente in una zona montana dove le distanze chilometriche non agevolano la prossimità ai servizi).

Il problema degli accessi

Oggi il sistema non riesce a seguire tutti (la pandemia lo ha evidenziato drammaticamente), e chi accede e non accede al sistema di cure è un elemento di grande diseguaglianza dovuto per lo più alle condizioni sociali di partenza.

Se vogliamo mantenere una forte vocazione universalistica ma non abbiamo la capacità produttiva per farlo, se l'accesso diventa esso stesso un fattore discriminante, una possibile soluzione che a prima vista può apparire troppo "dura" ma nella sostanza ci pare più "solidaristica" è decidere, sulla base di una valutazione sociosanitaria chi abbisogna di interventi più complessi e chi meno complessi, o chi più tempestivi, chi meno tempestivi, chi più urgentemente sociali, chi più urgentemente sanitari .

La stratificazione della popolazione ed una accurata disanima a livello distrettuale delle risultanze potrebbe permettere di affrontare se non proprio tutte, la maggioranza delle esigenze costruendo filiere di intervento diversificate per intensità e tipologie di intervento. Questo ragionamento presuppone: la condivisione dei dati sanitari (che non può essere che telematica) una forte integrazione fra sociale e sanitario, di cui diremo più avanti, una solida capacità di programmazione distrettuale, e produce più omogeneità di intervento per bisogni assimilabili, perchè, non v'è dubbio che abbiamo bisogno di integrare servizi e professioni diverse, ma al contempo specializzare alcune tipologie di intervento (pensate al tema delle demenze). E al di là di tutto evita il rischio attuale: a chi tutto, a chi niente.

Il Punto Unico di Accesso, PUA

Un altro servizio importantissimo che attiene al problema degli accessi è **Il Punto Unico di Accesso che rimane alla cittadinanza un emerito sconosciuto**: nessuno lo cerca perché nessuno lo conosce. Invece oggi **serve un servizio riconoscibile, che abbia una denominazione riconoscibile, che raccolga tutte le informazioni, i diritti e le opportunità che servono a quella persona e alla sua famiglia e contemporaneamente sia in grado di fare una prima valutazione di massima in grado di orientare il percorso a seguire, se unicamente sanitario, se sociale o sociale e sanitario integrato.**

Come lo chiamiamo? **Consultorio delle persone anziane e croniche? Sportello cronicità e popolazione anziana? Sportello Amico/Amico di famiglia** l'ha chiamato Livia Turco.

Resta il fatto che a tutt'oggi il PUA viene determinato come Livello Essenziale di Prestazione Sociale (LEPS) solo relativamente alla Non autosufficienza. Lungi da noi ritenere che il PUA della Casa di Comunità, oggi e in prospettiva debba accogliere solo gli anziani cronici, sta di fatto che la legge non a caso determina una priorità in termini di urgenza sulla non autosufficienza che va resa riconoscibile (magari con un'apertura oraria dichiaratamente dedicata? Potrebbe essere un'idea)

Il PUA va riorganizzato e reso riconoscibile, semmai qualcuno pensasse che il nome è un problema di lana caprina gli ricorderemmo che ognuno di noi si reca in un servizio se lo conosce (sa cos'è e dove si trova) e lo riconosce (sa cosa fa) per le funzioni che promette di svolgere, altrimenti è come se non esistesse.

Da ultimo sottolineiamo il fatto che con l'entrata in funzione della Centrale Operativa Regionale 116117 (altra novità della riforma: è un servizio informativo telefonico per la popolazione relativamente a interventi sanitari e sociosanitari non urgenti) a nostro avviso anche i PUA dovranno funzionare per poter rispondere nel merito ai cittadini e si dovrà presumibilmente trovare un raccordo con gli URP, gli Uffici di Relazione col Pubblico. Per chi non li conosce sono anche questi servizi che danno informazioni e consulenza al cittadino

Infine un'ulteriore preoccupazione che ci preme ribadire riguarda i Medici, sottolineiamo che è molto importante il reperimento dei Medici Geriatri che garantiscono un approccio più sistemico alla cura dell'anziano. Ci aspettiamo che la Regione intervenga presso il Ministero per assicurarsi un maggior numero di specializzazioni di tale figura e ne programmi il maggior numero di assunzioni possibili.

L'integrazione sociale e sanitaria

Quando parliamo di non autosufficienza e di fragilità richiamando la necessità di una integrazione organica fra sociale e sanitario, oggi, ci verrebbe da dire: se non ora quando? Il tema è quale modello di governance ci diamo perchè questo avvenga.

Concretamente si tratta di integrare l'intervento sanitario e sociosanitario in capo oggi alle Cure Primarie del Distretto con i servizi sociali gestiti dal sistema delle Autonomie Locali, con particolare riferimento all'Assistente Sociale comunale che si occupa di anziani e, il SAD, il servizio comunale che si occupa di assistenza domiciliare e in quota parte degli Sportelli Sociali ubicati presso i Comuni. Per parte nostra privilegiamo una integrazione fisica piuttosto che esclusivamente funzionale là dove è possibile rispetto alle dotazioni organiche.

Riteniamo che la Casa di Comunità debba essere il luogo privilegiato dell'integrazione socio sanitaria in grado di dare una risposta complessiva alla persona affetta da cronicità e alla sua famiglia.

Oggi le Case della Salute sono identificate come un luogo "sanitario", noi speriamo che assumano sempre di più la caratteristica di luogo "come sede della comunità". Ciò detto, pensiamo che per le persone affette da patologie croniche o a rischio intenso di perdita di autonomia, questa integrazione debba avvenire preferibilmente nella Casa di Comunità in quanto:

- trattasi comunque di persone affette da patologia o a rischio e pertanto necessariamente bisognose di intervento sanitario
- **lo sviluppo della telemedicina, gestito dalla COT, agevola sinergie nonché collaborazioni e la stessa COT così come proposta agirebbe un forte ruolo d'integrazione: quale altro servizio comunale ha questa potenzialità? Pensiamo alle dimissioni protette, al telesoccorso, alla teleassistenza.**
- la Casa di Comunità è meno caratterizzata da stigma sociale.

Sappiamo perfettamente quanto sociale e sanitario si condizionino e siamo convinti che stante la demografia e la composizione delle famiglie, che sono sempre più piccole ci

sarebbe e ci sarà sempre più bisogno di sociale, ma dobbiamo ottimizzare le risorse finanziarie ed umane e solo INSIEME, concentrando la gestione nel luogo organizzativo più forte POSSIAMO VINCERE la sfida della non autosufficienza.

Il Distretto

Nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale è evidente che Il Distretto svolge un ruolo centrale e dirimente rispetto agli obiettivi della riforma stessa, conseguentemente deve avere un ruolo più incisivo. Innanzitutto perché attraverso il comitato di distretto nel quale sono presenti i sindaci del territorio, detiene la funzione istituzionale della programmazione socio sanitaria, questione cruciale per le ragioni che esporremo più avanti.

Come enunciato dal DM 77 confermando la 502/92 anche noi riteniamo che il Distretto debba essere dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'AUSL.

Per realizzare una efficace presa in carico delle persone e garantire la continuità assistenziale il Distretto deve coordinare tutte le attività, dall' Ospedale ai servizi territoriali, pertanto noi siamo convinti che il Distretto debba svolgere contemporaneamente il ruolo di committenza, di produzione e di garanzia dei servizi. In questo quadro di riforma, dove la Casa di Comunità prevede la copertura di servizi e di funzioni tradizionalmente afferenti alla responsabilità del dipartimento di Cure Primarie, ci pare doveroso riconsiderare ruoli e competenze. Per quanto ci riguarda noi riteniamo che il Direttore di Distretto debba assumere quel profilo di particolare rilevanza descritto dal DM 77 e citiamo nello specifico "Il direttore di Distretto è responsabile dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale"

La programmazione integrata

Un Distretto "forte" quindi che si consolida non in contrapposizione col mondo delle Autonomie Locali, anzi in accordo programmato con i Comuni di riferimento

Infatti, come indicato nel DM 77 e nella recente modifica al dl 502/1992, ai Comuni del Distretto e al Distretto sanitario viene data la possibilità di programmare insieme tutti i servizi sociali e sanitari integrati, sia quelli pagati dalla sanità, sia quelli pagati dai Comuni, all'interno di un unico documento di programmazione: il PAT (programma delle attività territoriali).

L'Emilia Romagna vanta un Piano Sociale e Sanitario integrato di ambito Regionale. **Noi pensiamo sia maturo il tempo di una programmazione sociale e sanitaria integrata di ambito distrettuale** all'interno della quale sia i Comuni che la Sanità possano programmare i servizi e gli interventi, **rinforzando e rendendo ancora più organica l'azione degli Uffici di Piano.** Una programmazione integrata distrettuale che, fino a missione compiuta, **determini anno per anno gli obiettivi organizzativi e gestionali dell'integrazione.**

I servizi sociosanitari gestiti all'interno del Fondo Non Autosufficienza e la riforma territoriale

Adesso parliamo di quei servizi per persone non autosufficienti, finanziati dal fondo speciale "Non autosufficienza" i più importanti sono le CRA, (casa residenza anziani,) i Centri Diurni

e l'assistenza domiciliare

Anche per quanto attiene ai servizi oggi finanziati ed organizzati all'interno del Fondo Non Autosufficienza riteniamo importante **riconduurre a sistema ed innovare i servizi sociosanitari della non autosufficienza che devono interfacciarsi con una regia gestionale pubblica più incisiva dell'attuale, con la quale dialogare in una logica di sistema aperto e interconnesso.**

La nostra analisi: i soggetti gestori pubblici e privati che gestiscono questi servizi sono tantissimi e anche solo questo dato ne rende di per sé problematico il coordinamento. Ed inoltre si è innescato un meccanismo per cui pare che, una volta rispettati tutti i requisiti dell'accreditamento, sia gli amministratori che i gestori ritengano di aver assolto al proprio compito. Si determina un sistema che tende a irrigidirsi, scarsamente aperto alle sinergie e alle flessibilità necessarie, scarsamente aperto alle innovazioni, che fatica a dialogare anche al suo interno fra gestore e gestore.

Il sistema attuale ha certamente migliorato la situazione precedente che lavorava in regime di appalto e alla quale non vogliamo certo tornare, **ma va migliorato e ricondotto all'interno del nuovo quadro determinato dal DM 77, i servizi oggi gestiti all'interno del Fondo Non Autosufficienza, a cominciare dall'Assistenza domiciliare, devono trovare un nuovo equilibrio all'interno della riforma dell'assistenza territoriale.**

Evidentemente la nostra è un'analisi generalista che sacrifica le esperienze migliori e più innovative, ma **bisogna ritornare a fare una politica regionale e distrettuale sulla non autosufficienza**, una politica intesa come visione, pensiero e sperimentazione. Abbiamo apprezzato moltissimo il convegno regionale dedicato ai servizi sugli anziani, vi abbiamo letto la volontà di innovarsi, di conoscere logiche e pratiche nuove di intervento.

Voi tutti conoscerete i problemi che ci sono stati in questi servizi durante la pandemia, abbiamo il dovere di evitare che si ripetano, ma a normalità ritrovata abbiamo anche il dovere di pensare a nuovi modi di organizzare la vita dei nostri anziani dentro a questi servizi, anziani che sono sempre più gravemente ammalati e che vi trascorrono in genere l'ultima fase della loro vita.

In questo senso c'è molto lavoro da fare: aggiornare le regole dell'accreditamento, modificare profondamente l'assistenza domiciliare che è andata in crisi anche prima della pandemia valorizzando il ruolo degli Operatori Socio Sanitari, garantire una copertura infermieristica nelle CRA, aprirsi alla possibilità di gestire servizi a più bassa soglia per diversificare l'offerta ecc.

Da troppo tempo abbiamo aperto una discussione con l'Assessorato su alcuni di questi temi, senza concludere nulla! **Ora, alla luce del DM 77 dobbiamo riprendere il confronto affrontando le questioni con un respiro diverso e uno sguardo più lungo, operando gli aggiustamenti più urgenti.**

Le Case di Comunità e la loro integrazione

Ci pare di aver disegnato la Casa di Comunità che noi vorremmo, un luogo centrale di offerta dei servizi che è tanto più efficace quanto più è integrata l'azione di sistema fra Sanità e Comuni e la comunità più in generale.

La pianificazione regionale dovrà costruire un quadro omogeneo di riferimento delle Case di Comunità e del loro funzionamento, valevole su tutto il territorio regionale. Siamo preoccupati dal pensiero che ogni ASL interpreti la riforma come vuole producendo di fatto diversità di trattamento fra cittadino e cittadino.

L'ultima cosa che vogliamo sottolineare, stante il grande numero di Case di Comunità che sono preventivate in regione, riguarda la connessione fra le Case hub e spoke: la prima è più grande e offre la maggior gamma di servizi, la seconda è più piccola ed offre meno servizi, anche le Case della Salute erano organizzate in questo modo ma il raccordo non ha sempre funzionato.

Ci pare importante che la pianificazione regionale determini con precisione quali diritti e doveri leghino la Case Hub alle Case Spoke e più in generale le Case fra di loro perchè l'indeterminatezza provoca inefficienze e soprattutto disagi per la cittadinanza.

Ci aspettiamo che **una rete di comunicazione organizzativa fra professioni e servizi così complessa e multidirezionale come descritta nel documento di Riforma sia regolamentata e sia agevolata dai sistemi informatici efficaci che agevolino la connessione decisionale e minimizzino la burocrazia.**

In sostanza per noi l'integrazione sociale e sanitaria per diventare tale deve saper lavorare per filiere assistenziali sociali e sanitarie integrate e pertanto l'innovazione deve essere di ordine istituzionale, organizzativo, gestionale e professionale.

Da sempre abbiamo condiviso lo sforzo della Regione di valorizzare **le equipe multiprofessionali**, composte da diversi professionisti sanitari e sociali, all'interno di una organizzazione che si muove in orizzontale per ricomporre saperi ed interventi, e lo confermiamo, ma non possiamo chiedere solo ai professionisti di integrarsi all'interno di equipe quando il resto del mondo, la struttura organizzativa, i rispettivi datori di lavoro pubblici e privati lavorano per silos verticali. Non funziona!

Siamo nella eccezionale situazione nella quale l'integrazione fra sociale e sanitario costituisce al contempo uno stato di necessità (per qualità e quantità dei bisogni) e una visione valoriale prospettica di grande rilevanza non solo per il welfare ma anche per l'idea stessa di SALUTE e di COMUNITÀ.

Siamo all'altezza per farlo?

La Comunità e Il Terzo Settore

Il terzo settore, detto anche settore no-profit, è tutto quel mondo né pubblico, né commerciale, che raccoglie associazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale o sportive, associazionismo civile in genere e imprese sociali.

Parte di questo mondo, in Emilia Romagna, soprattutto la cooperazione sociale gestisce già pezzi di servizi pubblici.

Non possiamo dimenticare il Terzo Settore e l'associazionismo in genere, per non parlare del ruolo che giustamente abbiamo riconosciuto ai caregiver.

Il nostro pensiero riconosce grande importanza a questo mondo variegato e poliedrico, la società civile organizzata o informale che si occupa della "cura" è una grande risorsa con la quale costruire una comunità coesa. Ma a nostro avviso è una forza che va arruolata con regole di ingaggio chiaro, distinguendo chi fa prestazione d'opera, chi rappresentanza dei bisogni, chi volontariato, sapendo che costituiscono tutte risorse importanti di cui necessitiamo, ma che si muovono ed operano secondo logiche e motivazioni diverse;

logiche e motivazioni tutte legittime da ricomporre all'interno di un quadro di riferimento pubblico.

La regia deve rimanere saldamente pubblica e le regole di ingaggio non possono essere solo formali ma devono fondarsi sulla definizione di un concetto di salute condiviso dove sono chiari gli obiettivi e i processi organizzativi e relazionali della "cura".

Arruolare questo mondo all'interno di una FILIERA ASSISTENZIALE INTEGRATA, che va dalla badante al sistema sanitario all'interno di un sistema Comunale di confine distrettuale, vuol dire costruire CON, cioè essere capace di cogliere la creatività e le giuste osservazioni di questo mondo, ma anche di guidare, sollecitare interventi consoni al concetto di Salute e di Comunità che in un sistema istituzionale Pubblico significa anche operare per scelte di priorità.

Questo anche per chiarire che noi non poniamo obiezioni di carattere ideologico alla Coprogettazione per la realizzazione di interventi e servizi, quando questa è agita a valle della programmazione pubblica delle istituzioni, concertata con i soggetti della rappresentanza sociale, che insieme definiscono preliminarmente gli obiettivi da raggiungere, le risorse e le regole, ma riteniamo non debba mai essere una scelta fondata su ragioni primariamente economiche che finiscono per inaridire la spinta propulsiva di questo mondo, ma per la convinzione e l'evidenza di determinare un valore aggiunto.

La Coprogettazione per chi non lo sapesse è una forma di partnership fra amministrazioni pubbliche e terzo settore nel funzionamento di servizi pubblici, particolarmente utilizzata per servizi innovativi e sperimentali.

La tensione verso la sostenibilità economica non è certo un disvalore, è un elemento di efficienza assolutamente condivisibile, ma per noi la qualità assistenziale viene prima ed è in base a questa che si devono trovare gli equilibri economici, perchè come dicono gli studiosi del welfare, un servizio "scarso" non è ininfluente, produce danni alle persone e al sistema. E questo purtroppo vale per il mondo privato come per quello pubblico.

Scuserete la lunghezza e la pedanteria di questo ragionamento, ma insistiamo sulle scelte di fondo e sulla regia pubblica perchè **siamo convinti che nell'ambito della prevenzione sociale sugli anziani e non solo, c'è un grande bisogno di coprogettare con questo mondo interventi e servizi di bassa soglia: la solitudine e la fragilità costituiscono l'anticamera dell'isolamento sociale, della perdita di autonomia e la caduta nella non autosufficienza sociale e sociosanitaria, nelle nostre città come nelle nostre montagne. Riteniamo fondamentale che in particolare il sistema delle Autonomie Locali si attrezzi per una pervasiva operazione di creazione o rivitalizzazione di luoghi di incontro per agevolare la socializzazione**, qualsiasi sia l'oggetto contenutistico occasione di scambio e di relazioni (culturale, turistico, di intrattenimento, solidaristico, formativo ecc.) mettendo a sistema l'associazionismo di vario tipo, l'università della terza età, il volontariato occasionale, le parrocchie, la scuola i servizi commerciali e quant'altro si renda disponibile. Meglio se intergenerazionale ed interetnico. Sfruttando locali pubblici o privati poco usati o poco frequentati, resi disponibili anche grazie agli investimenti del PNRR con i progetti di rigenerazione urbana. Non è banale né facile, richiede un investimento iniziale in personale: pochi ma ben formati e dedicati, in relazione fra loro per condividere e razionalizzare successi e insuccessi. Soprattutto in alcune zone geografiche bisogna attivare un volontariato sul trasporto. Occorre tempo e pazienza per vederne i frutti. Non stiamo proponendo un baby-sitteraggio sugli anziani, ma luoghi dove uomini e donne possano valorizzare e condividere socialmente attitudini, piaceri, desideri, preoccupazioni,

conflitti, pensieri sul mondo e narrazioni della propria vita, come fa ogni persona adulta. NON luoghi e spazi separati, pensati per i vecchi, ma per la comunità dove anche i più fragili e i più attivi ritrovino il piacere della condivisione della propria esistenza con altri.

Tutte le iniziative che tendono alla ricostruzione dei legami sociali e comunitari, comprese le proposte che abbiamo sentito nei convegni preparatori del Piano sociosanitario in merito alle politiche abitative e alle nuove forme di convivenza, sono da noi condivise e sostenute.

Conclusioni

Attuare la riforma dell'assistenza territoriale oggi è quanto mai urgente. La CISL lo chiedeva molto prima della pandemia e del DM77. E' importante disegnarne la struttura e declinare gli obiettivi. E' un cambiamento che si snoda nel lavoro di anni e che tocca un altro tema che ci preoccupa profondamente: la carenza di personale, medici, infermieri ed operatori sociosanitari. Bisogna fare una disanima precisa di quanto personale ci manca per ottemperare agli standard previsti dal DM77, e quante assunzioni andrebbero fatte di anno in anno per andare a regime nel 2026. Inoltre sul tema della formazione, sia rivolta agli infermieri che agli OSS, la Regione può fare molto. Ma su questo, interverranno in modo più puntuale i nostri colleghi della Funzione Pubblica e della Fisascat.

Abbiamo detto tante cose e altrettanto ne mancano ma vogliamo chiudere con una considerazione che ha il sapore dell'appello:

Il cambiamento necessario che abbiamo prospettato è forte , non si realizza solo con una norma e in poco tempo, se la Regione è sulla nostra lunghezza d'onda è necessario predisporre una “**strumentazione culturale**” che va impostata formalmente e diffusa nel corpo professionale: il lavorare per filiere assistenziali, l'approccio multiprofessionale integrato, il rispetto paritario fra i saperi, il lavorare per obiettivi condivisi che richiedono contaminazioni reciproche, tutto ciò appartiene ad una organizzazione che sperimenta integrazioni umane ed organizzative forti e a rischio di resistenza da parte delle gerarchie e delle posizioni consolidate.

Bisogna essere chiari e dichiarare il cambiamento, dimostrare l'urgenza del cambiamento, dotarsi di una strategia del cambiamento, coinvolgere il personale in dinamiche di confronto che superino davvero i confini gerarchici e di ruolo perchè il lavoro che ci chiede un'assistenza territoriale costruita per reti assistenziali e per equipe integrate abbisogna di umiltà, ascolto, contaminazione, ma anche l'esplorazione di mansioni ed attività di confine che si possono trasferire da un ruolo ad un altro e di mansioni ed attività completamente nuove.

E' un compito della politica e un compito della Dirigenza ai massimi livelli.

La Formazione del personale e non solo quella digitale sarà importante, ma ancor più decisiva sarà la consapevolezza di affrontare una sfida che può essere epocale per il sistema sanitario: la riforma del sistema territoriale. Il consenso ad una riforma di questo tipo non si guadagna solo in un corso di formazione, ma tutti i giorni assumendo uno sguardo ed una comunicazione sinceramente partecipativa.

Gli uomini e le donne che oggi lavorano in sanità ma anche nel sociale sono sfiniti da una pandemia che non accenna a demordere, preoccupati da contingenze sociali che gravano sulle nostre teste come tempeste minacciose (la guerra, il carovita, l'ambiente, una classe politica litigiosa), avvertono che anche il sistema Emilia Romagna è più fragile, faticano a trovare un'interlocuzione all'interno del sistema sanitario e sociale alle loro difficoltà professionali.

Ci pensi la politica e la massima Dirigenza in quale clima sta affrontando questa sfida, ci pensi... Perchè non potrà portarsi dietro questo esercito a suon di delibere e direttive. Il confronto e il coinvolgimento del personale dovrà essere vero e sincero, il cambiamento che si prospetta a qualcuno piacerà a qualcun altro no, tocca a questa politica e a questa Dirigenza fare scelte sfidanti, l'inerzia che si culla dietro alle autocelebrazioni sarebbe il peggiore dei peccati. E' vero che siamo bravi, ma i tempi che viviamo ci chiedono un salto in lungo eccezionale, nello spazio e nel tempo.

Il cambio di paradigma culturale riguarda tutti, noi compresi naturalmente. Noi della FNP anche in questo documento esprimiamo le nostre idee in base alle informazioni che abbiamo e alle nostre sensibilità, ma non siamo rigidi e chiusi, siamo pronti a discutere tutto se ci portate argomentazioni concrete e visioni convincenti, vogliamo aprire una nuova fase di condivisione e di dialogo, dove è necessaria la massima trasparenza e soprattutto l'idea che dobbiamo aiutarci, nell'ambito del possibile, a fare le scelte migliori per la nostra cittadinanza.